



INFORME MENSUAL No. 1
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FONDO DE DESARROLLO LOCAL KENNEDY

CONSORCIO VIAL KENNEDY
2025
CONTRATO No: COP-938-2025

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL KENNEDY (FDLK)



“REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE”

INFORME MENSUAL DE AVANCE N° 1

DESDE 15 DE DICIEMBRE DE 2025 HASTA 31 DE ENERO DE 2026

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N°COP-938-2025

BOGOTA 2026



INFORME MENSUAL DE AVANCE No 1

CONTRATISTA: CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

INTERVENTORIA: SAVIMAC S.A.S

CONTROL DE VERSIONES DOCUMENTO		
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
1	Documento Inicial	Enero 2026

CONTROL DE VERSIONES		
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
0	Entrega inicial	
1	Aprobación interventoría	
2	Remisión al Fondo de Desarrollo Local de Kennedy	

Elaboro	Reviso	Aprobó	
			
RESIDENTE SST TERESA OROZCO ROJAS CONTRATISTA	REPRESENTANTE LEGAL JOTAM MAESTE DIAB CONTRATISTA	RESIDENTE SST MARCELA MENDOZA INTERVENTORIA	DIRECTOR CESAR MALDONADO INTERVENTORIA



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivos Generales	7
2.2. Objetivos Específicos.....	7
3. INFORMACION Y DESCRIPCION DEL CONTRATO.	8
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.	9
5. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	9
5.1. Segmentos Viales Intervenir	9
6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO...11	11
6.1. Campamento principal	11
6.2. Personal de Seguridad y Salud en el Trabajo – Ambiental	12
6.3. Personal Contractual Contrato COP-938-2025	12
6.4. Personal vigente Contrato COP-938-2025.....	13
7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO	13
7.1. Inducción	14
7.2. Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo.	15
7.3. Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social	16
7.4. Capacitación Personal	16
8. COMITÉS DE OBRA	17
8.1. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).....	17
8.2. Comité de Convivencia Laboral	17
9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	17
9.1. Exámenes de Ingreso	18
9.2. Exámenes de Egreso.....	18



10. DIVULGACIÓN PROCEDIMIENTOS TRABAJO SEGURO	18
10.1. Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.	18
10.2. Entrega y Reposición de EPP.	19
10.3. Registro de Inspecciones Efectuadas	19
10.4. Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos	19
10.5. Traslado de Maquinaria, Equipos y Cargas	21
11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN).....	21
11.1. Reporte de Accidentes e Incidentes.....	21
11.2. Estadísticas de Accidentalidad	21
11.3. Estadísticas de Ausentismo Laboral	21
12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.....	21
12.1. Trabajo Seguro en Excavación	22
12.2. Trabajo en Alturas	22
12.3. Izaje mecánico de cargas	22
12.4. Manipulación de Redes Eléctricas	22
13. CONCLUSIONES	23



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Información General del Contrato de obra	8
Tabla 2 Información de la Interventoría.....	8
Tabla 3 Lista de CIV a Intervenir.....	10
Tabla 4 Personal SST y AMB	12
Tabla 5 Personal Contractual	12
Tabla 6 Listado Personal Vigente	13
Tabla 7 Inducciones Periodo	14
Tabla 8 Inspecciones Mensuales.....	19
Tabla 9 Maquinaria y Equipos	19

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Localización general del proyecto.	9
--	---

ANEXOS

Anexo 1 Listado Personal	13
Anexo 2 Documentación Personal (Planillas E Inducciones).....	15
Anexo 3 Certificado Parafiscales.....	16
Anexo 4 Acta Comité Componente SST	17
Anexo 5 Entrega EPP y DOTACIÓN.....	19
Anexo 6 Inspecciones Mensuales	19
Anexo 7 Indicadores Accidentalidad y Ausentismo	21
Anexo 8 Registro Fotográfico.....	23



1. INTRODUCCIÓN

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025. describe en el presente documento el cumplimiento a las condiciones contractuales del contrato de obra pública No COP 938 2025 cuyo objeto es **“REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VÍAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE.”**; donde se presenta para el periodo comprendido entre el 15 de Diciembre del 2025 al 31 de Enero del 2026 el informe mensual N°1, las estrategias del SG- Seguridad y salud en el trabajo, es con el fin de evitar y prevenir los incidentes y/o accidente de trabajo junto a las enfermedades laborales, con el propósito de llevar un control efectivo de los riesgos y así salvaguardar la integridad física y la vida de los trabajadores.

El componente de SG- Seguridad y Salud en el Trabajo se ha diseñado con el fin de mantener un alto desempeño en los estándares de Salud Laboral en las actividades relacionadas con los diferentes procesos constructivos en las obras, cumpliendo con los requerimientos mínimos que deben contener todos los Programas de Gestión en Seguridad y Salud Laboral; enmarcado en la normatividad vigente colombiana y otras disposiciones aplicables al sector.



2. OBJETIVOS

El objetivo fundamental del Componente CERO ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, para lo cual propiciamos y motivamos que cada trabajador tenga una actitud y un compromiso permanente con la Seguridad en su medio laboral.

Es garantizar que en el desarrollo de los proyectos de obras civiles se implementen las medidas preventivas y de control necesarias frente a los riesgos de origen laboral existentes, que aseguren el bienestar de todas las partes involucradas, evitando daños a la propiedad, al ambiente y a la salud de los trabajadores; para lo cual se deberá enmarcar la gestión del Contratista en un proceso de mejora continua.

2.1. Objetivos Generales

- Prevenir y/o controlar los riesgos en las diferentes áreas y lugares donde se desarrollan los trabajos.
- Prevenir y/o mitigar cualquier impacto en la salud que se genere en la ejecución de los trabajos.

2.2. Objetivos Específicos

- Sistematizar las actividades de prevención de Riesgos y deterioro en la salud.
- Incrementar el compromiso del auto cuidado.
- Identificar, eliminar los y condiciones inseguras.



3. INFORMACION Y DESCRIPCION DEL CONTRATO.

A continuación, se presenta, una descripción general del contrato de obra No. COP-938-2025.

Tabla 1 Información General del Contrato de obra

NÚMERO DEL CONTRATO:	COP-938-2025
OBJETO:	“REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE”
NOMBRE CONTRATISTA:	Consortio Vial Kennedy 2025
REPRESENTANTE LEGAL:	Jotam Maestre Diab
VALOR DEL CONTRATO:	\$19.645.886.208,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Catorce (14 meses)
FECHA DE INICIACIÓN:	15 de Diciembre de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	14 de Febrero de 2027
ENTIDAD CONTRATANTE:	Fondo de Desarrollo Local de Kennedy

Fuente: Consortio Vial Kennedy 2025

Tabla 2 Información de la Interventoría

NÚMERO DEL CONTRATO:	CIN-994-2025
OBJETO:	REALIZAR LA INTERVENTORÍA, TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AL CONTRATO QUE TIENE COMO OBJETO “REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ, D.C. A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE
NOMBRE CONTRATISTA:	SAVIMAC S.A.S
NIT:	900.984.598-9
FECHA DE INICIACIÓN:	15 de Diciembre de 2025
FECHA CESIÓN CONTRATO:	21 de Enero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	14 de Febrero de 2027
VALOR:	\$1.964.588.620,00

Fuente: Consortio Vial Kennedy 2025



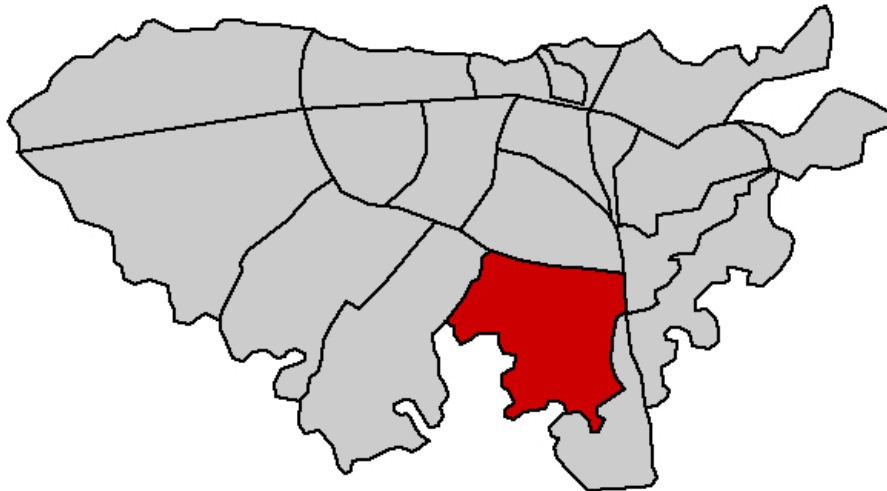
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.

El **CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025**, estará ejecutando actividades en la Localidad de Kennedy, La localidad es la número 8 de la ciudad, Su extensión es de 3.859 hectáreas. se ubica en el sector sur occidente de la ciudad y limita, al norte, con la localidad de Fontibón; al sur, con las localidades de Bosa y Tunjuelito; al oriente, con el municipio de Mosquera, y al occidente, con la localidad de Puente Aranda.

Serán sometidos al diagnóstico y proceso de priorización del tipo de intervención que requieren, siempre velando porque se cumpla el principio de igualdad y equidad en la distribución de los recursos que se han asignado para tal fin.

Por consiguiente, la localización del proyecto se encuentra ubicado según se muestra en la ilustración a continuación.

Ilustración 1 Localización general del proyecto.



Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Kennedy_\(Bogot%C3%A1\)_Map.png](https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Kennedy_(Bogot%C3%A1)_Map.png)

5. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Segmentos Viales Intervenir

El área de Influencia directa corresponde inicialmente a los siguientes CIV y a las vías de desvío establecidas en el PMT los cuales se encuentran en proceso de definición teniendo en cuenta el presupuesto, la priorización que les de la entidad contratante y el estado



actual de los mismos, siendo esta el área donde se manifestarán de forma directa las actividades generadas por el proyecto.

Durante el presente periodo no se ha dado inicio en obra, pero se muestra cuáles serán los CIV a intervenir en el Consorcio Vial Kennedy 2025.

Tabla 3 Lista de CIV a Intervenir

SECTOR	UPZ	CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	ÁREA
JACQUELINE	TIMIZA	8009428	KR 77W	CL 50 S	CL 50BIS S	114,3
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8007237	KR 68BIS	CL 4 S	CL 8 S	506,61
JACQUELINE	TIMIZA	8009327	KR 77XBISA	CL 48A S	CL 49 S	277,2
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006945	KR 68ABIS	CL 1 S	CL 3 S	374,24
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8006739	CL 38B S	SIN ESTABLECER	KR 78C	196,47
JACQUELINE	TIMIZA	8009556	KR 77V	CL 46B S	CL 47A S	310,11
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006953	KR 68C	CL 2 S	CL 3 S	497,83
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006810	CL 2 S	KR 68C	KR 68D	209,02
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8006814	CL 40A S	KR 78H	KR 78I	328,63
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8007134	TV 78A	CL 40 S	CL 40B S	300,38
JACQUELINE	TIMIZA	8009456	KR 77VBISB	CL 49 S	CL 50 S	245,38
JACQUELINE	TIMIZA	8009473	KR 77VBISB	CL 48A S	CL 49 S	314,88
TOCAREMA	TIMIZA	8009022	CL 43A S	KR 78	KR 78A	122,38
TOCAREMA	TIMIZA	8008916	CL 43A S	KR 78A	KR 78B	105,35
TOCAREMA	TIMIZA	8008802	CL 43A S	KR 78B	KR 78C	112,42
TOCAREMA	TIMIZA	8008713	KR 78C	CL 43BIS S	CL 43A S	115,5
TOCAREMA	TIMIZA	8008801	KR 78B	CL 43BIS S	CL 43A S	116,53
TOCAREMA	TIMIZA	8008842	KR 78B	CL 43A S	CL 44 S	112,39
TOCAREMA	TIMIZA	8008888	KR 78B	CL 44 S	CL 45 S	176,93
TOCAREMA	TIMIZA	8008792	KR 78C	CL 44 S	CL 45 S	233,79
TOCAREMA	TIMIZA	8008743	KR 78C	CL 43A S	CL 44 S	111,09
TIMIZA B	TIMIZA	8008637	CL 40 H SUR	KR 73 C	KR 74	73,3
TIMIZA B	TIMIZA	8008582	KR 74	TV 74	SIN ESTABLECER	314,87



SECTOR	UPZ	CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	ÁREA
PROVIVIENDA OCCIDENTAL	CARVAJAL	8007698	KR 72QBIS	CL 37C S	CL 38 S	446,52
PROVIVIENDA OCCIDENTAL	AMERICAS	8008350	KR 69A	CL 24 S	CL 25 S	1158,29
LA CAMPINA	CARVAJAL	8010914	CL 39I S	TV 72F	KR 72FBIS	635,73
LA CAMPINA	CARVAJAL	8010695	CL 39I S	KR 72FBIS	KR 72FBISA	423,73
JACQUELINE	TIMIZA	8009549	CL 47A S	KR 77U	KR 77W	184,79
NUEVA YORK	CARVAJAL	8010826	TV 68JBIS	CL 39A S	CL 39B S	253,97
TIMIZA	TIMIZA	8009019	KR 72PBIS	KR 72 Q	CL 40C S	194,13
TIMIZA	TIMIZA	8008835	CL 41B SUR	TV 74	CL 41A S	660,93
TIMIZA	TIMIZA	8008578	CL 41B SUR	CL 41A S	KR 75A BIS	290,01
TIMIZA	TIMIZA	8008465	CL 41B SUR	KR 75A BIS	TV 78	508,1
TIMIZA	TIMIZA	8008128	CL 41B SUR	TV 78	KR 78B	254,13
VALLADOLID	CASTILLA	8001292	CL 8A	KR 81B	KR 81C	230,58

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO

6.1. Campamento principal

Se cuenta con un Punto de atención al Ciudadano (PAC) el cual, consta de oficinas para labores administrativas debidamente identificadas, así mismo también es utilizada como centro de acopio de materiales en la dirección calle 39B Sur No 72-33.

Fotografía 1. Punto PAC y Centro de acopio





Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Las Instalaciones del Punto de Atención al Ciudadano cuentan con los siguientes elementos.

- Servicio de baño
- Punto ecológico los cuales son protegidos contra la acción del agua, diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Extintor para el control de incendios
- Botiquín Tipo A de primeros auxilios
- Señalización de cada una de las áreas
- Señalización en caso de emergencia
- Avisos informativos
- Camilla.
- Cartelera SST y de Bioseguridad.

6.2. Personal de Seguridad y Salud en el Trabajo – Ambiental

Para el cumplimiento de los requerimientos SST en la ejecución del contrato el contratista conformó un grupo de profesionales y se contara con una auxiliar SST- Ambiental, este grupo está conformado por:

Tabla 4 Personal SST y AMB

NOMBRE	DEDICACION	CARGO
Teresa Orozco Rojas	70%	Residente SST
Angi Viviana Sandoval Herrera	100%	Profesional de apoyo SST

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6.3. Personal Contractual Contrato COP-938-2025

A continuación, se relaciona el personal Contractual de acuerdo con el pliego de condiciones.

Tabla 5 Personal Contractual

CARGO	NOMBRE PROFESIONAL
Director De Obra	Rafael Gustavo Solano Osorio
Ingeniero Residente De Obra 1	Eusebio Ramirez Rodriguez



CARGO	NOMBRE PROFESIONAL
Ingeniero Residente De Obra 2	Nelson Alberto Hernández Niño
Especialista En Pavimentos	Diego Caballero Rojas
Especialista En Redes Hidrosanitarias	Ferney David Martínez Penagos
Ingeniero En Costos, Presupuestos Y Programación	Paolo Andrés Bianchi Ganem
Especialista En Geotecnia	Juan Ricardo Troncoso Rivera
Residente Ambiental	Fabio Merck Ramírez Poveda
Residente Seguridad Y Salud En El Trabajo (SST)	Edith Johana Jaimes Figueroa
Residente Social	Yenni Andrea Guevara Sánchez
Auxiliar Social	Astrid Yolanda Sánchez Santana
Profesional Ingeniero Arquitecto Actas De Vecindad	Cristian Andrés Rodríguez Fernández
Especialista Transito Y Transporte	Yuly Paulin Jaramillo Bolaño

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6.4. Personal vigente Contrato COP-938-2025

Para el periodo en mención se encuentra el siguiente personal activo:

Tabla 6 Listado Personal Vigente

DICIEMBRE 2025 - ENERO 2026 INFORME N°1					
LISTADO DE PERSONAL			RETIROS		
	PERSONAL ANTIGUO	PERSONAL NUEVO	PERSONAL RETIRADO	INGRESO RETIRO	REINTEGROS
Administrativos	0	14	0	4	0
Operativos	0	5	0	0	0
Topografía	0	2	0	0	0
TOTAL, ACTIVOS	0	21	0	4	0

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Anexo 1 Listado Personal

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO

Durante el periodo de elaboración de este informe SST se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.



- ✓ Entrega de Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo (Versión 1) **(Enviado por Correo Interventoría Donovan S.A.S)**
- ✓ Hojas de Vida Personal Profesional Contractual **(Enviado por Correo Interventoría Donovan S.A.S)**
- ✓ Documentación Maquinaria y Volquetas Contractuales **(Enviado por Correo Interventoría Donovan S.A.S)**
- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos **(Ver Anexo N°2)**
- ✓ Revisión de exámenes de ingreso **(Ver Anexo N°2)**
- ✓ Inspección de elementos de emergencias **(Ver Anexo N°6)**
- ✓ Inspección Punto PAC **(Ver Anexo N°6)**
- ✓ Instalación de Cartelera SST informativas **(Ver Anexo N°8)**
- ✓ Orden y Aseo **(Ver Anexo N°8)**
- ✓ Asistencia a mesas de trabajo para subsanación de observaciones de SG-SST y Documentación maquinaria y volquetas Contractuales. **(Ver Anexo N°4)**

7.1. Inducción

El objetivo principal de la inducción es brindar al trabajador una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñara, los fines o razón social del Consorcio, la organización y la estructura de este. Con el proceso de inducción se busca resaltar las recomendaciones médicas prescritas por el Medico ocupacional del centro médico, el cual realiza al trabajador el examen de ingreso, de igual forma se da a conocer las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo y se notifica los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Se realizaron inducciones de inicio, informando acerca del proyecto las reglas de seguridad y salud en el trabajo que se deben cumplir y las actividades a realizar según el cronograma para llevar a cabalidad la ejecución del mismo.

Tabla 7 Inducciones Periodo



INDUCCIÓN AL PERSONAL ENERO 2026					
Nº INF	FECHA	TEMÁTICA	Nº ASISTENTES	TIEMPO	H / H / C
1	16/12/2025	Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019. Responsabilidades generales en el SG- SST, Derechos y deberes del sistema de Riesgo laborales y demás normas que apliquen., Se realiza inducción del sistema general de seguridad y salud en el trabajo dando cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019 de los cuales se describen los temas desarrollados. Que son ,Políticas del SG- SST, Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas de seguridad industrial, políticas en salud Ocupacional, Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional COPASST, Funcionamiento del comité de convivencia laboral, Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles, Procedimientos seguros para el desarrollo de tareas de alto riesgo , la importancia de los EPP , que es el riesgo biológico por mordedura de caninos y felino, Riesgo público por atraco a mano armada, secuestro posiblemente muerte y tránsito vehicular posibles atrapamientos , cuidados que debemos tener ante el riesgo público	10	1:00:00	10:00:00
	14/01/2026		10	1:00:00	10:00:00
	19/01/2026		2	1:00:00	02:00:00

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante los formatos de asistencia y notificación.

Anexo 2 Documentación Personal (Planillas E Inducciones)

7.2. Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo.

Teniendo en cuenta las características del proyecto y la necesidad de incluir personal para la ejecución de las actividades del CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, realizó un proceso de inducción y entrenamiento de acuerdo a la fecha de ingreso con una duración de una hora en el cual se trataron los siguientes temas:

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo.
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Sistema General de Seguridad Social SGSS y Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, se le explica al trabajador la funcionalidad, derechos y deberes.
- ✓ Accidentes de trabajo, definición según la ley, procedimiento ante el reporte, cuando no aplica un evento como accidente de trabajo, casos reales de accidentes de trabajo.
- ✓ Enfermedad Laboral, definición según la Ley, casos reales y socialización.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.



7.3. Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

Antes de iniciar actividades todos los trabajadores que participen en las mismas deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Toda persona visitante, conductor, personal relacionado con la obra, Interventoría, personal externo, etc. debe cumplir con las afiliaciones obligatorias y el uso de elementos de protección personal mientras permanezca en el área de desarrollo del proyecto.

- Afiliación del Personal a una Entidad Promotora de Salud (EPS)

Toda empresa debe afiliar a sus empleados a una EPS de su libre elección, los empleados que estén bajo el régimen subsidiado una vez inicien el vínculo laboral serán adscritos a una EPS, cuando el vínculo laboral desaparezca el Contratista entregará la respectiva carta para su reingreso al régimen subsidiado. El patrono descontará al empleado su aporte y pagará el suyo a la entidad correspondiente.

- Afiliación del Personal a un Fondo de Pensiones (AFP Administradora de Fondo de Pensiones)

El contratista debe afiliar a sus empleados a un fondo de pensiones de libre elección del trabajador, allí deberá consignar su aporte para el auxilio de pensión correspondiente junto con el aporte del trabajador.

- Afiliación del Personal a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL)

Toda empresa legalmente constituida deberá afiliar a sus empleados a una ARL de elección del empleador, allí consignará el aporte correspondiente de acuerdo con la actividad económica establecida el decreto 1607 de 2002 y al decreto 1772 de 1994.

Anexo 3 Certificado Parafiscales

7.4. Capacitación Personal

El objetivo principal de la capacitación del personal de obra es asegurar que tengan las competencias necesarias para realizar sus tareas de manera segura, eficiente y efectiva, mejorando así la productividad, la seguridad y la calidad del trabajo.

Durante este periodo no se realizaron capacitaciones ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar.



8. COMITÉS DE OBRA

Los comités de seguimiento se realizan en las oficinas de la alcaldía local de Kennedy con la asistencia y participación de la supervisión, el grupo de profesionales de la Interventoría Consultores Donovan S.A.S quienes estuvieron durante el inicio del contrato hasta el día 21 de Enero del 2026 y entra el grupo de profesionales de la Interventoría Savimac S.A.S a partir del 22 de Enero del 2026 hasta la fecha.

Nota: el acta de comité interdisciplinario es adjuntada en la cuenta de cobro, por tanto, no se adjunta para evitar duplicidad de información.

Para el presente periodo se realizó Comité para el componente SST y AMB con visita de verificación a los cumplimientos de las actividades Preliminares Contractuales.

Anexo 4 Acta Comité Componente SST

8.1. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

El Contratista conformará el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, durante la primera semana del segundo mes de iniciar labores constructivas cuando se cuente con un aproximado del personal total de obra, el número de representantes se hará de acuerdo al Artículo 2 de la resolución 2013 de 1986, el cual se reunirá una vez al mes.

8.2. Comité de Convivencia Laboral

El comité de Convivencia Laboral se conforma por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores según como se dicta en la Resolución 3461 del 1 de septiembre de 2025 Por medio de la cual se derogan las Resoluciones 652 y 1356 de 2012, por las cuales se establecen lineamientos para la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral, con sus respectivos suplentes. (Esta reunión se realizará con una periodicidad mensual o antes si presenta alguna queja).

El Contratista conformará el Comité de Convivencia Laboral, durante la primera semana del segundo mes de iniciar labores constructivas cuando se cuente con un aproximado del personal total de obra.

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO



El subprograma de medicina preventiva y del trabajo busca la promoción y control de la salud de los trabajadores, protegiéndolos de los riesgos laborales y asegurando que las condiciones de trabajo se encuentren adecuadas.

9.1. Exámenes de Ingreso

Según la Resolución 1843 de 2025, la cual regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, la historia clínica ocupacional y refuerza la obligación del empleador de asumir los costos y realizar pruebas (pre-ingreso, periódicas, egreso), para lo cual el CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, ha realizado evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso de acuerdo al cargo a desempeñar.

El Consorcio realiza Evaluaciones Médicas Ocupacionales de ingreso, periódicas y de retiro en relación al profesigramas; para tal fin se diligencia la Historia Clínica Ocupacional previo diseño de los perfiles psicofisiológicos, esta historia es manejada por las clínicas (medico ocupacional) de convenio establecidas con las instituciones. Se cuenta con un convenio con los Centros Médicos Anmediprev Ltda, Mediexpress IPS, Compesalud ips, Divino Niño Jesús, Medipro IPS, Servicios Médicos Integrales Santa Helena, y otros en los cuales se desarrollan estas actividades y cuentan con su licencia en salud ocupacional.

9.2. Exámenes de Egreso

Los exámenes médicos de egreso se realizarán cuando a un empleado se le da o el mismo decide terminar sus labores, sin importar la causa. Este examen comprende de un chequeo médico general, y busca tener la certeza que la persona se retira en buenas condiciones de salud laboral. Teniendo en cuenta la Resolución 1843 de 2025, el trabajador tendrá 5 días hábiles para hacerse el examen una vez sea notificado, de no realizárselo se dará por entendido su renuncia a este.

10. DIVULGACIÓN PROCEDIMIENTOS TRABAJO SEGURO

10.1. Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.

Son particularmente aquellos elementos de protección personal que hacen parte de la dotación cuyo objeto es proteger al personal de los riesgos de actividades y exposiciones que tienen de acuerdo a las labores que desempeñan minimizando los riesgos o en lo posible evitándolos completamente.



10.2. Entrega y Reposición de EPP.

Se ha entregado casco, overol, Botas Tipo Cuero o Caucho, monogafas de seguridad, protector auditivo tipo inserción o Copa, protección respiratoria (mascarilla normal), guantes vaqueta y guantes de caucho, a todo el personal y se hará reposición cada vez que sea necesario.

Anexo 5 Entrega EPP y DOTACIÓN

10.3. Registro de Inspecciones Efectuadas

En cuanto a la realización de inspecciones, de acuerdo al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se realizaron en el periodo en mención las siguientes inspecciones:

Tabla 8 Inspecciones Mensuales

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025			
INSPECCIONES SST			
Nº INFORME	PERIODO DE INFORME	INSPECCIONES REALIZADAS	Nº TOTAL DE INSPECCIONES
1	16 DICIEMBRE 2025 AL 31 DE ENERO 2026	INSPECCIÓN LOCATIVA	2
		INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO	2
		INSPECCIÓN SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD	2
		INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	2
		INSPECCIÓN EXTINTOR	2
		INSPECCIÓN BOTIQUIN	2

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Anexo 6 Inspecciones Mensuales

10.4. Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos

Este componente tiene como objetivo establecer los lineamientos que faciliten la implementación de medidas que mitiguen los riesgos que puedan generar.

Tabla 9 Maquinaria y Equipos

MANEJO	MAQUINARIA Y EQUIPO
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">- Controlar la maquinaria y equipos- Evitar derrames de líquidos de maquinaria y otros- Evitar accidentes y afectaciones al tráfico vehicular- Hacer un control óptimo de las herramientas



ETAPA	Construcción	TIPO DE MEDIDA	Prevención / Control
IMPACTOS A MANEJAR			
La implementación de las medidas de manejo para la maquinaria y equipos utilizados en las obras de construcción permiten controlar los siguientes impactos:			
<ul style="list-style-type: none">- Generación de ruido.-Contaminación del aire- Alteración características del suelo-Contaminación del suelo-Riesgo de accidentalidad			
MEDIDAS DE MANEJO			
<ul style="list-style-type: none">- Realizar un mantenimiento periódico a los vehículos para garantizar la perfecta combustión de los motores, el ajuste de los componentes mecánicos, el balanceo y la calibración de las llantas.-En los vehículos Diésel el tubo de escape debe estar a una altura mínima de 3m.-Se debe solicitar el certificado de emisiones atmosféricas vigente.-En todos los casos cumplir con los requerimientos sobre calidad del aire fijado en la Normatividad Ambiental Vigente.- Se deberán emplear vehículos de modelos recientes, con el objeto de minimizar emisiones atmosféricas que sobrepasen los límites permisibles.- Efectuar el mantenimiento de la maquinaria en centros debidamente autorizados.-Verificar que los vehículos transportadores de concreto, mezclas asfálticas, emulsiones y otros, se encuentren en óptimas condiciones con el fin de evitar derramamientos que contaminen el suelo. En caso de que el derrame ocurra, recolecte de inmediato los residuos y dispóngalos en un botadero debidamente autorizado.-Toda la maquinaria y equipo debe portar extintor multipropósito.			
SEGUIMIENTO			
Lista de Chequeo mensual.			
FORMATO DE CONTROL MENSUAL	<ul style="list-style-type: none">- Listado de Maquinaria, equipos y vehículos en obra.- Inspección de maquinaria, equipos y vehículos en obra.		
RESPONSABLES	- Contratista de Obra (Director de Obra, Ingeniero Residente SST Y Ambiental)		

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025



Durante el periodo del presente informe no se presenta documentación de Maquinaria ya que el contrato se encuentra en etapa Preliminar y no han iniciado actividades Constructivas.

10.5. Traslado de Maquinaria, Equipos y Cargas

Nota. Para el presente periodo no se presentó traslados de maquinaria y equipos ya que el contrato se encuentra en etapa Preliminar y no han iniciado actividades Constructivas.

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

11.1. Reporte de Accidentes e Incidentes

Para verificar los indicadores de accidentabilidad exigidos en la normatividad colombiana según Resolución 0312 de 2019, por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes, durante el presente periodo no se presentaron accidentes de trabajo.

11.2. Estadísticas de Accidentalidad

De acuerdo con lo anterior el CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, para el presente periodo reporta una estadística de Accidentalidad en 0 con Índice de frecuencia del 0,00% y un índice de severidad del 0,00%.

11.3. Estadísticas de Ausentismo Laboral

De igual forma para el cálculo de los indicadores de ausentismo y enfermedad se utiliza para cumplimiento de la normativa legal vigente en Colombia la Resolución 0312 de 2019, por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes.

Para el presente periodo se reporta una estadística de ausentismo laboral del 0%

Anexo 7 Indicadores Accidentalidad y Ausentismo

12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



12.1. Trabajo Seguro en Excavación

El trabajo seguro en excavación implica la implementación de medidas de prevención para proteger a los trabajadores de riesgos como derrumbes, caídas y otros accidentes. Esto incluye inspecciones previas, uso de sistemas de protección, demarcación de áreas y capacitación del personal.

Para el presente periodo no se han iniciado actividades de excavación ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar.

12.2. Trabajo en Alturas

La Resolución 4272 de 2021 establece los requisitos mínimos de seguridad para este tipo de trabajo. Incluye la capacitación de los trabajadores, la implementación de sistemas de protección contra caídas y la supervisión constante de las actividades.

El objeto de este programa es establecer las fases de trabajo y los puntos clave de seguridad que deberán seguirse durante la realización de trabajos en altura.

Para el presente periodo no se han iniciado actividades de excavación que requieran trabajo en alturas, ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar.

12.3. Izaje mecánico de cargas

El izaje mecánico de cargas es el proceso de elevar y mover objetos pesados o de gran tamaño utilizando equipos especializados como grúas, polipastos, eslingas y otros dispositivos.

El consorcio no contara con izaje mecánico, ya que no se cuenta con objetos de carga pesada que requieran de este procedimiento, sin embargo, durante la ejecución de las actividades si se presentara el caso de una eventualidad como: caída de un poste, volcamiento de maquinaria, se realiza la respectiva solicitud ante la entidad competente (energía y telefonía) y se contrataría servicios de grúa según el caso.

12.4. Manipulación de Redes Eléctricas

En el periodo del presente informe no se ha presentado actividad relacionada con las intervenciones sobre redes eléctricas, en caso de requerir intervenciones en las redes de este sistema se dará aviso al proveedor del servicio para que realice las intervenciones que garanticen la seguridad del sitio de trabajo a intervenir.



En caso tal que se llegase a presentar una eventualidad sobre los postes eléctricos, y estos estén hincados se procederá apuntalar al poste para dar estabilidad al mismo mientras hacen presencia los técnicos de energía eléctricas.

13. CONCLUSIONES

Las actividades del Área SST, se han efectuado de acuerdo a lo planteado en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, de igual forma se han atendido las observaciones y las directrices dadas por la interventoría, lo cual evidencia cumplimiento con lo establecido en el pliego de condiciones del proyecto.

La gestión que se realizó ha contribuido de manera muy importante, para identificar y resaltar la implementación exitosa del sistema de Gestión en seguridad y Salud en el Trabajo.

Anexo 8 Registro Fotográfico

ANEXO N°1

FORMATO																								
LISTADO DE PERSONAL																								
CONTRATISTA																								
CONTRATO No																								
CONTRATISTA / CONSULTOR																								
OBJETO																								
DATOS DEL TRABAJADOR								ARL				EPS			AFP			CCF			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			VALORACIÓN INGRESO
N°	EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	ESTADO	NOMBRE ARL	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE EPS	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE AFP	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE CCF	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	
1	CONSORCIO SUBA VIAL	RAFAEL GUSTAVO SOLANO OSORIO	79243286	DIRECTOR DE OBRA	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	20/01/2026	N.A.P	SANITAS	SANITAS	30/01/2026	COLPENSIONES	30/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
2	EUSEBIO RAMIREZ RODRIGUEZ	EUSEBIO RAMIREZ RODRIGUEZ	3151759	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 1	USAQUÉN	16/12/2025	30/12/2025	INGRESO RETIRO	SURA	N.A.P	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	N/A
3	CONSORCIO VIAS CB 2024	NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO	80820454	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	N.A.P	28/01/2026	FAMISANAR	N.A.P	28/01/2026	PORVENIR	N.A.P	28/01/2026	COMPENSAR	N.A.P	28/01/2026	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
4	DIEGO CABALLERO ROJAS	DIEGO CABALLERO ROJAS	1024547185	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	30/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	20/12/2025	N.A.P	SKANDIA	30/12/2025	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
5	FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS	FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS	1015416017	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	N.A.P	21/01/2026	SANITAS	N.A.P	21/01/2026	PORVENIR	N.A.P	21/01/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
6	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	1020799464	INGENIERO EN COSTOS, PRESUPUESTOS Y PROGRAMACIÓN	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	17/01/2026	N.A.P	SANITAS	30/01/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	30/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
7	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	80026555	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	30/01/2026	N.A.P	SANITAS	30/01/2026	N.A.P	COLFONDOS	20/08/2024	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
8	FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	79691429	RESIDENTE AMBIENTAL	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	30/01/2026	N.A.P	SANITAS	30/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	30/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
9	EDITH JOHANNA JAMES FIGUEROA	EDITH JOHANNA JAMES FIGUEROA	52726278	RESIDENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TEUSAQUILLO	16/12/2025	30/12/2025	INGRESO RETIRO	SURA	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P
10	YENNI ANDREA GUEVARA SANCHEZ	YENNI ANDREA GUEVARA SANCHEZ	1032408762	RESIDENTE SOCIAL	TEUSAQUILLO	16/12/2025	30/12/2025	INGRESO RETIRO	SURA	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P	N.A.P
11	ASTRID YOLANDA SÁNCHEZ SANTANA	ASTRID YOLANDA SÁNCHEZ SANTANA	1023945283	AUXILIAR SOCIAL	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	13/01/2026	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	PORVENIR	16/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
12	CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ	CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ	1019101939	INGENIERO ARQUITECTO ACTAS DE VECINDAD	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	30/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	20/12/2025	N.A.P	PORVENIR	30/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
13	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	32907266	ESPECIALISTA TRÁNSITO Y TRANSPORTE	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	NUEVO	SURA	30/01/2026	16/01/2026	SURA	30/01/2026	16/01/2026	PROTECCIÓN	30/01/2026	16/01/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
14	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JORGE ANDRES VEGA BRAVO	1120750763	RESIDENTE DE OBRA	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	14/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	5/02/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	28/01/2026	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
15	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	ARIEL QUINTANILLA CAMACHO	79701011	CADENERO 1	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	COMPENSAR	31/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	24/09/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
16	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA	4148422	CADENERO 2	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	4/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	16/01/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
17	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA	1014241034	INSPECTOR DE OBRA	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	18/02/2026	N.A.P	PORVENIR	16/01/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
18	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	LUZ MERY OVALLE PEÑA	53141064	AUXILIAR SOCIAL	KENNEDY	14/01/2026	30/12/2025	INGRESO RETIRO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SANITAS	31/01/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	16/01/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	24/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
19	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	YEMMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE	1000775159	AUXILIAR DE INGENIERIA	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SANITAS	31/01/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	31/01/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
20	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	MARIO ANDRES ARAGON	79973228	ALMACENISTA	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	18/02/2026	N.A.P	PORVENIR	27/03/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
21	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA	92188878	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	4/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	27/03/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
22	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA	1118579454	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	23/01/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	31/03/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
23	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA	1043980895	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	4/02/2026	N.A.P	PORVENIR	5/08/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
24	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO	1073811664	AFORADOR	KENNEDY	19/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	26/02/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	29/12/2025	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	17/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
25	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS	1003404397	BOAL	KENNEDY	19/01/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/01/2026	N.A.P	MUTUAL SER	19/01/2026	N.A.P	COLFONDOS	13/01/2026	N.A.P	COMPENSAR	16/01/2026	N.A.P	17/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO

ANEXO N°2



COMPEsalud

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: SOLANO OSORIO RAFAEL GUSTAVO

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 79.243.286

Edad: 57 AÑOS

Eps: SANITAS

Cargo: DIRECTOR DE OBRA

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	USO DE GAFAS	USO DE GAFAS PERMANENTES
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	A+	
ESTATURA	1.84 CM	
PESO	85 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒	☐	APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	☐	☐
APLAZADO	☐	☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES	☐	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL	☐	☐
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒	☐	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒	☐	PRESENTA ALTERACION EN SALUD	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒	☐	REMISION A EPS	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?	☐	☐
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?	☐	☐

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Rafael Gustavo Solano Osorio
Rafael Gustavo Solano Osorio
79243286



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

RAFAEL GUSTAVO SOLANO O.
INGENIERO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.243.286**
SOLANO OSORIO
APELLIDOS
RAFAEL GUSTAVO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1968**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-OCT-1986 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00013564-M-0079243286-20080617 0000486559A 1 1140023312

Medellín, 19 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C79243286	SOLANO OSORIO RAFAEL GUSTAVO	20/01/2026		4161239G	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/01/2026 15:19:57 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

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 Rafael Gustavo Solano Osorio, identificado(a) con CC número 79243286, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79243286
NOMBRES Y APELLIDOS	Rafael Gustavo Solano Osorio
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/06/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAFAEL GUSTAVO SOLANO OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79243286**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2011** 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 30 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.



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Director de obra		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caida, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Director de obraNOTIFICADO: S^oNOMBRE: Rafael Gustavo Salazar Osorio

FIRMA:

C.C.: 79243286

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Rafael Gustavo Salas Ocampo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79243286 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Director de obra en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

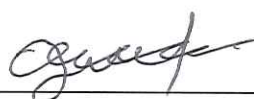
Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS CompeSalud

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Rafael Gustavo Salano

Cédula: 79243286

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01****Diciembre 2025****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN**NOMBRE: Rafael Gustavo Salano Asorio CARGO: Director de obraINDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025APROBÓ ✓NO APROBÓ

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		<u>f</u>
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		<u>f</u>
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		<u>f</u>

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño al trabajador en el desarrollo de sus funciones.	<u>f</u>		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			<u>f</u>
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		<u>f</u>	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			<u>f</u>

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Rafael Gustavo Salazar Osorio Identificad@ con documento de identidad N° 79243286 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 80.820.454

Edad: 41 AÑOS

Eps: FAMISANAR

Cargo: INGENIERO RESIDENTE DE OBRA

Empresa: INDEPENDIENTE

NTT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFAIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	A+	
ESTATURA	1.85 CM	
PESO	80 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒	☐	APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	☐	☐
APLAZADO	☐	☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES	☐	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL	☐	☐
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒	☐	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒	☐	PRESENTA ALTERACION EN SALUD	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒	☐	REMISION A EPS	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?	☐	☐
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?	☐	☐

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Nelson Alberto Hernandez Niño
80820454



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.820.454

HERNANDEZ NIÑO

APELLIDOS

NELSON ALBERTO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

13-JUN-2003 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00281878-M-0080820454-20110223

0025912458A 1

36081012

Medellín, 09 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO identificado(a) con C80820454 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C808204542604038836



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO identificado(a) con CC. 80820454 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2022/08/04
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 09 días del mes de 02 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

**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:

NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.820.454**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

La empresa **CONSORCIOVIASCB2024**, identificada con **NI** número **901846534**, aportó por **NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO** identificado(a) con **CC** número **80820454** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2025 y 01 - 2026 de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	DOTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	DOTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		28	\$4,200,000	0.06960	\$292,400	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI
14-11	ARL SURA	1												X			0		2	\$300,000	0.00000	\$0	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	1															0		28	\$4,200,000	0.04000	\$168,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	1												X			0		2	\$300,000	0.04000	\$12,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		28	\$4,200,000	0.04000	\$168,000	\$0	\$0	Enero - 2026	27106548	28/01/2026	SI
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1												X			0		2	\$300,000	0.04000	\$12,000	\$0	\$0	Enero - 2026	27106548	28/01/2026	SI
230301	Porvenir	1															0		28	\$4,200,000	0.16000	\$672,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI
230301	Porvenir	1												X			0		2	\$300,000	0.16000	\$48,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27106548	28/01/2026	SI

El presente certificado se expide a los **30** días del mes **Enero** de **2026**

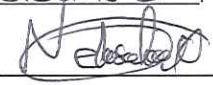
Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011 Versión: 01 Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO ADMINISTRATIVO		FECHA 16 Diciembre 2025			
CARGO Ingeniero Residente Técnico 2		AREA ADMINISTRATIVA			
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminal	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.	
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.	
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.	
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia	
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.	
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.	
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.	
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.	
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.	
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ingeniero Residente Técnico 2.

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Nelson Alberto Hernandez Niño

FIRMA: 

C.C.: 80820454

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Nelson Alberto Hernandez Niño, identificado con cédula de ciudadanía N°: 80820454 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ingeniero Residente obra 2 en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

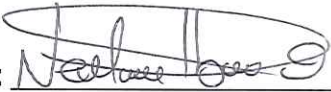
Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Nelson Alberto

Nombre: Nelson Alberto
Hernandez Niño

Cédula: 80820454

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Nelson Alberto Hernandez Niño CARGO: Residente Técnico Z

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Nelson Alberto Hernandez Niño Identificad@ con documento de identidad N° 80820454 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: CABALLERO ROJAS DIEGO

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 1.024.547.185

Edad: 32 AÑOS

Eps: SALUD TOTAL

Cargo: ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFAIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	B+	
ESTATURA	1.80 CM	
PESO	72 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2016

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ

72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Diego Caballero Rojas

1024.547.185



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.547.185**
CABALLERO ROJAS

APELLIDOS
DIEGO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

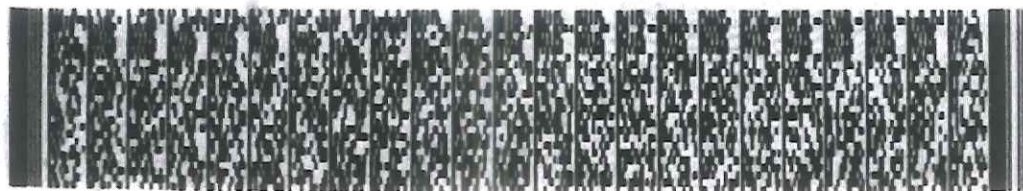
19-DIC-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00354343-M-1024547185-20120105

0028890923A 1

37556407

Medellín, 30 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DIEGO CABALLERO ROJAS identificado(a) con C1024547185 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10245471852603045447

Bogotá, Diciembre / 20 de 2025



Señor (a): DIEGO CABALLERO ROJAS
CC. 1024547185
CR 119A 63H 46
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 Agosto / 29 de 2024, 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.



**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

Certifica

A Quien interese

Que DIEGO CABALLERO ROJAS identificado con cédula de ciudadanía número 1024547185 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700003001001 , vigente desde el 1 de Octubre de 2022 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 30 de diciembre de 2025,

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20241009-08:58-22651631

Bogotá
658 4000
484 1300

Resto del País
01 8000 517 526

Dirección
Av 19 # 109a - 30
Bogotá, Colombia

Correo
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co



		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011 Versión: 01 Noviembre de 2025
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO				
DPTO ADMINISTRATIVO			FECHA 16 Diciembre 2025	
CARGO Especialista en Pavimentos			AREA ADMINISTRATIVA	
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Especialista en Pavimentos

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Diego Caballero Rojas
 C.C.: 7024547185

FIRMA: [Firma]

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Diego Caballero Rojas, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1024547185 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Especialista en Pavimentos en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador:



Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Diego Caballero Rojas

Cédula: 1024547185

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Diego Caballero Rojas CARGO: Especialista en Pavimentos

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL	X		

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Diego Caballero Rojas Identificad@ con documento de identidad N° 7024547185 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma  _____



COMPEsalud

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARTINEZ PENAGOS FERNEY DAVID

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 1.015.416.017

Edad: 35 AÑOS

Eps: SANITAS

Cargo: ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	B+	
ESTATURA	1.72 CM	
PESO	70 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS ☐ SI ☐ NO ☒ Tratamiento: ☐ SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒	☐	APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	☐	☐
APLAZADO	☐	☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES	☐	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL	☐	☐
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒	☐	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒	☐	PRESENTA ALTERACION EN SALUD	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒	☐	REMISION A EPS	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?	☐	☐
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?	☐	☐

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

Vladimir O. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Ferny David Martínez Penagos

Ferny David Martínez Penagos
1015416017



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.416.017

MARTINEZ PENAGOS

APELLIDOS

FERNEY DAVID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

B+

G.S. RH

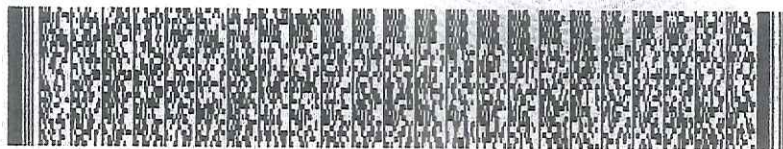
M

SEXO

06-FEB-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00238839-M-1015416017-20100507

0022123542A 1

1520737072

Medellín, 09 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS identificado(a) con C1015416017 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C808204542604038836



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 Ferney David Martinez Penagos, identificado(a) con CC número 1015416017, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015416017
NOMBRES Y APELLIDOS	Ferney David Martinez Penagos
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/01/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2021

**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:

FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.416.017**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1015416017	FERNEY DAVID MARTÍNEZ PENAGOS	CALLE 11A 79A 28	3156123657	ldavid.martinez90@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLADOS	UPC			
					1	0			
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR							
2025-12	2025-12	28293814 \$919.900							

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora	No. Afiliados
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	14	3.500	403.500
								0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	0	0	14	4.400	516.400

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Coltización	Mora	Coltización	Coltización	Saldo a Favor				

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora	Valor Aporte	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	------------	--------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	14	0	0	0
0	14	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	400.000	403.500	403.500
Pensión	1	512.000	516.400	516.400
Riesgos Laborales	0	0	0	0
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	2	912.000	919.900	919.900

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1015416017	FERNEY DAVID MARTÍNEZ PENAGOS		CALLE 11A 79A 28	3156123957	fdavid.martinez90@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCCESAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		
						NO	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS	UPC
2025-12		2025-12	I	21/01/2026	282839/14	1	0
						TOTAL A PAGAR	
						\$3919.900	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO	FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Especialista en Redes Hidrosanitarias	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caida, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Especialista en Redes Hidrosanitarias

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Ferny David Martinez Penagos
 C.C.: 7015476017

FIRMA: _____

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Feiney David Martinez Penagos, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1015416017 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Especialista en Redes Hídricas en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Ferny David Martínez Paragás

Cédula: 1015416017

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Ferrety David Martinez Peragas CARGO: Capacitador en Redes Hidrocarbonarios.

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Ferny David Martinez Penagos Identificad@ con documento de identidad N° 7075476017 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: BIANCHI GANEM PAOLO ANDRES

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 1.020.799.464

Edad: 31 AÑOS

Eps: SANITAS

Cargo: INGENIERO EN COSTOS, PRESUPUESTOS

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA
		1.80 CM
		PESO
		71 KG

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒	☐	APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	☐	☐
APLAZADO	☐	☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES	☐	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL	☐	☐
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒	☐	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒	☐	PRESENTA ALTERACION EN SALUD	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒	☐	REMISION A EPS	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?	☐	☐
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?	☐	☐

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Médico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma:

Nombre:

Reg. Médico

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Paolo Branchi
Paolo Andres Bianchi Ganem
1020799464



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1-020.799.464

BIANCHI GANEM

APELLIDOS

PAOLO ANDRES

NOMBRES

Paolo Bianchi

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1994

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

29-NOV-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00426310-M-1020799464-20130227

0032452738A 2

39765670

Medellín, 17 de enero de 2026

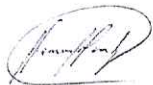
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM identificado(a) con C1020799464 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10207994642514749673

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.18

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 Paolo Andres Bianchi Ganem, identificado(a) con CC número 1020799464, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020799464
NOMBRES Y APELLIDOS	Paolo Andres Bianchi Ganem
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/10/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BIANCHI GANEM PAOLO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.020.799.464** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2022 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 30 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/>



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Ingeniero Costas, Presupuesto		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante o cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ingeniero Costas, Presupuesto.

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Paolo Andres Bianchi GoneruFIRMA: Paolo BianchiC.C.: 7020799464

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Paolo Andres Biorchi Garem, identificado con cédula de ciudadanía N°: 7020799464 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ingeniero Cables Propuesto en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: Poolo Bianchi

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Paolo Bianchi

Nombre: Paolo Andres
Bianchi Bonetti

Cédula: 1020799464

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Paolo Andres Bianchi Canem CARGO: Ingeniero Cootas y Presupuesto

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	x		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			x
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		x	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Paolo Andres Bianchi Ganem Identificad@ con documento de identidad N° 1020799464 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Paolo Bianchi



COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: TRONCOSO RIVERA JUAN RICARDO

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 80.026.555

Edad: 45 AÑOS

Eps: SANITAS

Cargo: ESPECIALISTA EN GEOTECNIA

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFAIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	O+	
ESTATURA	1.75 CM	
PESO	73 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ

72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Juan Ricardo Troncoso Rivera
80026555



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.026.555**

TRONCOSO RIVERA

APELLIDOS

JUAN RICARDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

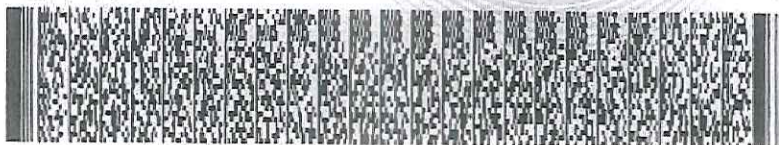
1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-JUN-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00134007-M-0080026555-20081205

0007538597A 1

1390013757

Medellín, 30 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA identificado(a) con C80026555 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C800265552603045888

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 Juan Ricardo Troncoso Rivera, identificado(a) con CC número 80026555, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80026555
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Ricardo Troncoso Rivera
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	31/01/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

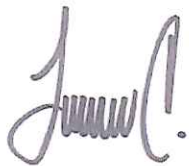
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA, identificado(a) con C.C 80.026.555, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 20 de agosto de 2024.

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

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



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO	FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Especialista en Geotecnia	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Especialista en Geotecnia

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Juan Ricardo Troncoso Rivera

FIRMA:

C.C.: 80026556



	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Juan Ricardo Trancoso Rivera, identificado con cédula de ciudadanía N°: 80026555 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Especialista en Gestión en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Juan Ricardo Troncoso Rivera

Cédula: 80026555

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Juan Ricardo Troncoso Rivera CARGO: Especialista en Geotecnia

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	x		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			x
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		x	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Juan Ricardo Troncoso Rivera Identificad@ con documento de identidad N° 80026555 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5

Código Prestador Servicios No. 1100112762-02

Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 13/01/2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: RAMIREZ POVEDA FABIO MERCK

Sexo: ☒ M ☐ F

Documento de Identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Numero: 79.691.429

Edad: 49 AÑOS

Eps: SANITAS

Cargo: RESIDENTE AMBIENTAL

Empresa: INDEPENDIENTE

NIT:

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIONOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION	A+	
ESTATURA	1.78 CM	
PESO	69 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS SI ☐ NO ☒ Tratamiento: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	☒	☐	APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	☐	☐
APLAZADO	☐	☒	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES	☐	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	☒	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL	☐	☐
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	☒	☐	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	☒	☐	PRESENTA ALTERACION EN SALUD	☐	☐
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	☒	☐	REMISION A EPS	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?	☐	☐
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?	☐	☐

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Medico

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma:

Nombre:

Reg. Medico

DR. VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Paciente

Firma:

Nombre:

Doc. No.:

Fabio Merck Ramirez Poveda
79691429



Calle 27 No 14 – 48 sur Tel: 3232364211 Bogotá. D.C – Colombia Página web www.compesalud.com

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.691.429**
RAMIREZ POVEDA

APELLIDOS
FABIO MERCK

NOMBRES

Fabio Merck Ramirez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1976**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00209010-M-0079691429-20100114

0019976341A 1

1370109873

Medellín, 30 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA identificado(a) con C79691429 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C796914292603045855

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 Fabio Merck Ramirez Poveda, identificado(a) con CC número 79691429, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

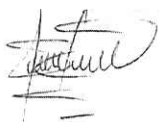
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79691429
NOMBRES Y APELLIDOS	Fabio Merck Ramirez Poveda
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/04/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79691429**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 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

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011	
				Versión: 01	
				Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO ADMINISTRATIVO		FECHA 16 Diciembre 2025			
CARGO Coordinador Ambiental		AREA ADMINISTRATIVA			
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminal	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.	
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.	
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.	
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia	
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.	
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.	
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante o cinta.	
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.	
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.	
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Coordinador Ambiental

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Fabio Merck Ramirez Poveda

C.C.: 79697429

FIRMA:

Jhon R. Ramirez

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Fabio Merck Ramirez Pareda, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79691429 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Residente Ambiental en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: *[Firma manuscrita]*

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Fabio Merced Ramirez

Nombre: Fabio Merced Ramirez Poveda

Cédula: 79697429

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Fabio Merck Ramirez Poveda CARGO: Residente Ambiental

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Fabio Mercil Ramirez Poveda Identificad@ con documento de identidad N° 79691429 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Fabio Mercil Ramirez

N2024/458
NIT. 900.133.753-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS RESOLUCIÓN 1843 DE 2025

No.21216

FECHA: 14/01/2026
NOMBRE: ASTRID YOLANDA SANCHEZ SANTANA
PESO: 63 KG
EMPRESA: INDEPENDIENTE
EPS: COMPENSAR
PRE-OCUPACIONAL O INGRESO ☒ **POS-OCUPACIONAL EGRESO** ☐ **PERIÓDICO** ☐

IDENTIFICACIÓN: 1.023.945.283
EDAD: 30 AÑOS
GÉNERO: F
NIT:
CARGO: AUX SOCIAL

PARACLINICOS REALIZADOS			
* OPTOMETRIA	☒	* GLICEMIA	☒
* AUDIOMETRIA	☒	* COLESTEROL	☒
* ESPIROMETRIA	☐	* TRIGLICERIDOS	☒
*PRUEBA DE EQUILIBRIO		ESTABLE ☒	INESTABLE ☐
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL		☒	*OSTEOMUSCULAR
*NEUROLÓGICO		NORMAL ☒	NORMAL ☒
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL			
*SATISFACTORIO PARA ALTURAS	☒	*SATISFACTORIO PARA ESPACIOS CONFINADOS	☒
*NO SATISFACTORIO		*SATISFACTORIO CON RESTRICCIONES ☐	
*OBSERVACIONES _____			
EXAMEN PERIODICO			
* PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI		☐	NO ☐
*OBSERVACIONES		*REUBICACION LABORAL ☐	
EXAMEN DE EGRESO			
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		SI ☐	NO ☐
		CUAL	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
CONTROL MÉDICO RUTINA EPS / CONTROL ADECUADO DE PESO / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP SELECCIONADOS

Dr. Omel David Gutierrez Jaramillo
Médico General
Esp. en Salud Ocupacional
Licencia S.O. 95452/2015 S.D.S.
Registro 95715/2013



Astrid Y. Santana

FIRMA DEL PACIENTE



CARRERA 19B # 26A - 36 SUR / OCUPACIONALES@IPSLINEADEVIDA.COM
350 278 5708 (WHATSAPP) 350 292 8920 (LLAMADAS)

WWW.LINEADEVIDAIPS.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.945-283

SANCHEZ SANTANA

APELLIDOS

ASTRID YOLANDA

NOMBRES

Yolanda Santana

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-SEP-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00484673-F-1023945283-20131003

0035264008A 1 40641507

Medellín, 14 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 CONSORCIO KAPATIVA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA 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
C1023945283	SANCHEZ SANTANA ASTRID YOLANDA	13/01/2026		3243061v	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: C10679016582528735780

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 14/01/2026 09:56:20 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.96.33, 192.230.104.2, 172.16.42.57

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ASTRID YOLANDA SANCHEZ SANTANA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1023945283, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
2024678754	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 30 días del mes de enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30521794

CER-AFI

**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:

ASTRID YOLANDA SANCHEZ SANTANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.945.283**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 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.



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Auxiliar Social		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Auxiliar Social

NOTIFICADO: S?

NOMBRE: Antrid Yolanda Sanchez SantanaFIRMA: Yolanda SantanaC.C.: 1023945283

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Adrid Yolanda Sanchez Santand, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1623 945 283 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar social en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: Yolande Santana

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CCEA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Yolanda Santana

Astrix Yolanda Sanchez

Nombre: Santana

Cédula: 1033945283

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Astrid Yolanda Sanchez Sanabria CARGO: Auxiliar Social

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16/12/2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

Versión: 01

Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.		X	X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL			X

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Astrid Yolanda Sanchez Santana Identificada con documento de identidad N° 763945283 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Yolanda Santana



Diciembre de 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

16 Dicembre 2025

OBJETO DEL CONSORCIO

REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE

LUGAR Y FECHA:

Punto CREA 16 Dicembre 2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Edith Johanna Cairnes Figuerod

EMPRESA:

Consortio Vial Kennedy 2025

TEMA:

Inducción Inicial

HORA DE INICIO:

7:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN:

8:00 AM

TIPO

☒

CAPACITACIÓN

7

INDUCCIÓN

CHARLA INFORMATIVA

11

ENTRENAMIENTO

11

OTRO

[illegible][illegible]

(Firma)

a) Edith Johanna James F

Coordinador SG-SST

N2024/458
NIT. 900.133.753-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS RESOLUCIÓN 1843 DE 2025

No.21218

FECHA: 14/01/2026 IDENTIFICACIÓN: 1.019.101.939
NOMBRE: CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ EDAD: 31 AÑOS
PESO: 72 KG GÉNERO: M
EMPRESA: INDEPENDIENTE NIT:
EPS: SALUD TOTAL CARGO: INGENIERO ACTAS DE VECINDAD
PRE-OCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

PARACLINICOS REALIZADOS			
* OPTOMETRIA	☒	* GLICEMIA	☒
* AUDIOMETRIA	☒	* COLESTEROL	☒
* ESPIROMETRIA	☐	* TRIGLICERIDOS	☒
*PRUEBA DE EQUILIBRIO		ESTABLE ☒	INESTABLE ☐
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL		☒	*OSTEOMUSCULAR
*NEUROLÓGICO		NORMAL ☒	NORMAL ☒
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL			
*SATISFACTORIO PARA ALTURAS	☒	*SATISFACTORIO PARA ESPACIOS CONFINADOS	☒
*NO SATISFACTORIO		*SATISFACTORIO CON RESTRICCIONES ☐	
*OBSERVACIONES _____			
EXAMEN PERIODICO			
* PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI		☐	NO ☐
*OBSERVACIONES _____		*REUBICACION LABORAL ☐	
EXAMEN DE EGRESO			
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		SI ☐	NO ☐
		CUAL	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
CONTROL MÉDICO RUTINA EPS / CONTROL ADECUADO DE PESO / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP SELECCIONADOS

Dr. Omel David Gutierrez Jaramillo
Médico General
Esp. en Salud Ocupacional
Licencia S.O. 95452/2015 S.D.S.
Registro 95715/2013




FIRMA DEL PACIENTE



CARRERA 19B # 26A - 36 SUR / OCUPACIONALES@IPSLINEADEVIDA.COM
350 278 5708 (WHATSAPP) 350 292 8920 (LLAMADAS)

WWW.LINEADEVIDAIPS.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
GEOLLA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.101.939
RODRIGUEZ FERNANDEZ

APellidos
CRISTIAN ANDRES

NUMERO

[Signature]
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1994

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

03-DIC-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DEFECTO



P-1500150-00427760-M-1019101939-20130309

0032513416A.1

39335763

Medellín, 30 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ HERNANDEZ identificado(a) con C1019101939 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10191019392603045529

Bogotá, Diciembre / 20 de 2025



Señor (a): CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ
CC. 1019101939
CR 24A 25G 76
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 Septiembre / 18 de 2023, y su estado de 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:

CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.101.939**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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.



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Ingeniero Actas de Veindad		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminals	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caida, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los limites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ingeniero Actas de Veindad

NOTIFICADO: 6°

NOMBRE: Cristian Andres Rodriguez FernandezC.C.: 1079107939FIRMA: [Firma]



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-010

Versión: 01

Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Cristian Andres Rodriguez F., identificado con cédula de ciudadanía N°: 1019101939 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ingeniero Actas de Seguridad en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador:



Fecha de Notificación:

16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto OZEA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Cristian Andres Rodriguez

Cédula: 1019101939

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Cristian Andres Rodriguez F. CARGO: Ingeniero Actos Veurdad

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

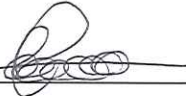
De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	<p>A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.</p> <p>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.</p> <p>C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.</p>	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	<p>A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos.</p> <p>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.</p> <p>C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales</p>			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	<p>A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero</p> <p>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo</p> <p>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí</p>		☒	
RIESGO	<p>A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro</p> <p>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias</p> <p>C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.</p>			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	x		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			x
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		x	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Cristian Andres Rodriguez Fernandez Identificad@ con documento de identidad N° 1019101939 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 

N2024/458
NIT. 900.133.753-3

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS RESOLUCIÓN 1843 DE 2025

No.21219

FECHA: 14/01/2026

NOMBRE: YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO

PESO: 75 KG

EMPRESA: INDEPENDIENTE

EPS: SURA

PRE-OCUPACIONAL O INGRESO ☒

IDENTIFICACIÓN: 32.907.266

EDAD: 42 AÑOS

GÉNERO: F

NIT:

CARGO: ESPECIALISTA TRANSITO Y TRANSPORTE

POS-OCUPACIONAL EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

PARACLINICOS REALIZADOS

* OPTOMETRIA ☒	* GLICEMIA ☒	* RADIOGRAFÍA ☐
* AUDIOMETRIA ☒	* COLESTEROL ☒	* ELECTROCARDIOGRAMA ☐
* ESPIROMETRIA ☐	* TRIGLICERIDOS ☒	* OTRO _____
* PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE ☒ INESTABLE ☐	
* EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL ☒	* OSTEOMUSCULAR	NORMAL ☒
* NEUROLÓGICO	NORMAL ☒	

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

* SATISFACTORIO PARA ALTURAS ☒ * SATISFACTORIO PARA ESPACIOS CONFINADOS ☒ * SATISFACTORIO CON RESTRICCIONES ☐

* NO SATISFACTORIO

* OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

* PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI ☐ NO ☐ * REUBICACION LABORAL ☐

* OBSERVACIONES _____

EXAMEN DE EGRESO

* SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ☐ NO ☐ CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MÉDICO RUTINA EPS / CONTROL ADECUADO DE PESO / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP SELECCIONADOS

Dr. Omel David Gutierrez Jaramillo
Médico General
Esp. en Salud Ocupacional
Licencia S.O. 95452/2015 S.D.S.
Registro 95715/2013




FIRMA DEL PACIENTE



CARRERA 19B # 26A - 36 SUR / OCUPACIONALES@IPSLINEADEVIDA.COM
350 278 5708 (WHATSAPP) 350 292 8920 (LLAMADAS)

WWW.LINEADEVIDAIPS.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CECULA DE CIUDADANIA

32907266

NUMERO

JARAMILLO BOLAÑO

APELLIDOS

YULY PAULIN

NOMBRE

Yuly Jaramillo

Yuly Jaramillo



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1984

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.R. P.H.

F

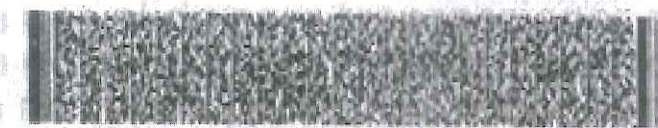
SEXO

05-AGO-2003 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

NOVEDAD

REGISTRACION NACIONAL



P-2000100301003-P-00307266-00021003 00773 00364 01 10040000

Medellín, 30 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YULY JARAMILLO BOLAÑO identificado(a) con C32907266 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C329072662603048191

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 32907266 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32907266
NOMBRES Y APELLIDOS	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO
TIPO DE AFILIADO	COTIZANTE
PARENTESCO	N/A
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	02/12/2003
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1101
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 02/02/2026

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JARAMILLO BOLAÑO YULY PAULIN** identificado(a) con **CC** número **32.907.266** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de julio de 2011 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 30 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/>

PAGOSIMPLE

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2026-01-16, 09:08:34 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1077782334

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

PAGADO 16/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULI PAOLIN JARAMILLO		
Documento	CC32907266	Dirección	CR 96B #17 A - 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3003554713
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Colcaneante	Subtipo Colcaneante	ING	RET	TRE	TAP	VSP	COR	SIN	LMA	VAC	VCT	DISE ARP	DISE EPS	DISE CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEVA	Aporte ICBF	ESAP	A Min
32007266	YULY PAULIN JARAMILLO EOLANO	57	00																\$ 416.000.000	\$ 2.600.000			\$ 325.000	\$ 2.600.000	\$ 181.000			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.600.000	\$ 2.600.000	\$ 2.600.000	\$ 0	\$ 416.000	\$ 325.000	\$ 181.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 922.000	\$ 0	\$ 922.000



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	16 Diciembre 2025
CARGO	Especialista Tránsito y Transporte		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones, lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante o cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones, Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Especialista Tránsito y Transporte.

NOTIFICADO: SÍ

NOMBRE: Yuli Paulina Jaramillo BobbioFIRMA: Yuli JaramilloC.C.: 32907266

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Vuly Paulin Jaramillo Bolaño, identificado con cédula de ciudadanía N°: 32907266 de Cartagena que con motivo del desempeño de sus labores como Especialista Tránsito y Tránsito en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios; exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: Yuly Jaramullo.

Fecha de Notificación: 16 Diciembre 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto CREA

Fecha: 16 Diciembre 2025

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Yoly Taramillo

Nombre: Yoly Paulin Taramillo Boloño

Cédula: 32907266

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Yuly Paulin Jaramillo Bobbio CARGO: Cooperativo Transporte

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 16 Dic 2025

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo Yuli Paulin Jaramillo Bolaño Identificad@ con documento de identidad N° 32907266 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Yuli Jaramillo



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-009

Versión: 01

Diciembre de 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

14 Enero 2026

OBJETO DEL CONSORCIO

REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C. A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE

LUGAR Y FECHA:

Punto PAC 14 Enero 2026

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Edith Johanna (Jaimes) Figuerod

EMPRESA:

Consorcio Viol Kennedy 2025

TEMA:

Inducción Inicial

HORA DE INICIO:

7:00 am

HORA DE TERMINACIÓN:

8:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN

CAPACITACIÓN

11

CHARLA INFORMATIVA

ENTRENAMIENTO

Page 1

OTRO

1

[illegible]

(Firmid)
(Normbey)

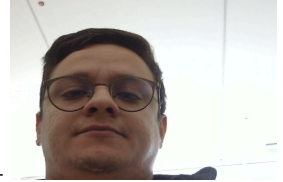
Edith Johanna James

Coordinador SG-SST

**INFORMACION GENERAL**

Fecha Atencion 2026-01-31 08:11:08
Nombres y Apellidos: JORGE ANDRES VEGA BRAVO
Identificación: CC
Fecha de Nacimiento: 1996-01-02
Género: M
RH: O +
Estado civil: UNIÓN LIBRE
Estrato: 4
Dirección: CARRERA 79 # 19A-37
EPS: EPS NUEVA

Número: 1120750763
Edad: 30
Identidad de Género: MASCULINO
Ciudad - Sede: BOGOTÁ, D.C.
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Teléfono: 3152723078
ARL: COMPAÑIA SURAMERICANA
ADMINISTRADORA DE RIESGOS
PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA -
SURA



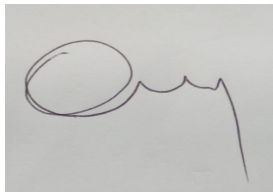
AFP: PROTECCION S.A.
Acompañante: MARIA ARAUJO
Empresa: PROCOM INGENIERÍA SAS
(CONSORCIO VIAL KENNEDY)
Sede: QPREVENCION

Tel. Acompañante: 3216989355
Cargo: RESIDENTE DE OBRA

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

- REMISION A EPS
SI
- OBSERVACIONES
NUTRICION
- CONTROL DE PESO Y NUTRICION
SI
- OBSERVACIONES
HABITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FISICA
- OTRAS
SI
- RECOMENDACIONES GENERALES
CONTROL RUTINARIO POR EPS

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



VALENTINA SALCEDO MONROY
1020770182
RM: 1020770182 L.O 251075 DE 2019
Firma y sello del médico evaluador

JORGE ANDRES VEGA BRAVO
Documento: 1120750763
Firma del trabajador

Nombre:
Documento:
Responsable SST

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.750.763**

VEGA BRAVO

APELLIDOS

JORGE ANDRES

NOMBRES



Jorge Andres Vega
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SAN DIEGO
(CESAR)

02-ENE-1996

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

O+

M

ESTATURA

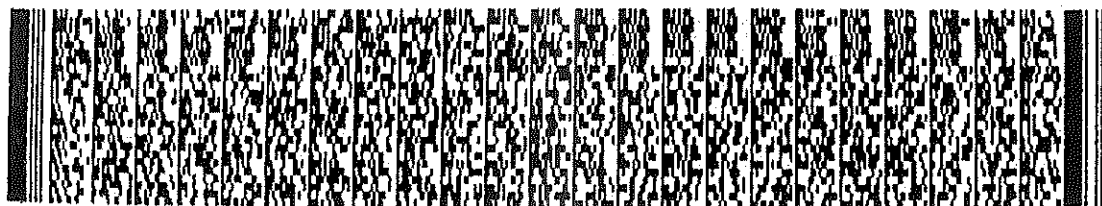
G.S. RH

SEXO

27-ENE-2014 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-4800700-00559298-M-1120750763-20140401

0037783387A 1

41056293

Medellín, 13 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1120750763	VEGA BRAVO JORGE ANDRES	14/01/2026		r5254202	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/02/2026 08:44:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

DÍA

MES

AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

IX.FIRMAS

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

94. APELLIDOS Y NOMBRES

OBSERVACIONES:

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **JORGE ANDRES VEGA BRAVO** identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1120750763** de **SAN DIEGO**, 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. **3152723078**

y/o correo electrónico: **JORGEANDRESVEGA@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 Sí ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: **CC** No. ID: **1120750763**
Fecha de Solicitud: **05/02/2026**
Dirección: **CL 23C 69D 24**
Tel: **3152723078** 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.

- 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.

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.

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		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
		SURA		PROTECCIÓN		4500000				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta				
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato				Fin Contrato					
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
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 P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV

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	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VEGA BRAVO JORGE ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.120.750.763** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2022 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 28 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/>



Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1120750763
Nombres y Apellidos	JORGE ANDRES VEGA BRAVO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902012883
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	RESIDENTE DE OBRA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 4500000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
BHa0sk3QS



Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011	
				Versión: 01	
				Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO	OPERATIVO			FECHA	14 Enero 2026
CARGO	Residente obra			AREA	OPERATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.	
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.	
Mecánico	Caidas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.	
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.	
Biológico	Bacterias, hongos, parásitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.	No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.		
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Residente obra.

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Jorge Andres Vega Bravo

C.C.: 1720750763

FIRMA: Jorge Vega Bravo



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**

Código: FO-SST-010

Versión: 01

Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jorge Andres Vega Bravo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1120780763 de Fonseca que con motivo del desempeño de sus labores como Residente de Obra en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios; exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

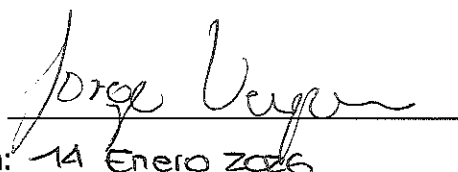
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador:



Fecha de Notificación:

14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 14 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS Q Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Jorge Andres Vega Bravo

Nombre:

Vega Bravo

Cédula: 1.120.750.763

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jorge Andres Vega Bravo CARGO: Residente obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 14 Enero 2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Jorge Andres Vega Bravo Identificad@ con documento de identidad N° 1120750763 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Jorge Vega



IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	ARIEL QUINTANILLA CAMACHO	Número:	79701011
Identificación:	CC	Edad:	51
Fecha de Nacimiento:	1974-08-09	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	A +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS:	EPS COMPENSAR	Teléfono:	3185154757
AFP:	COLPENSIONES	Tel. Acompañante:	3142264223
Dirección:	CALLE 56A SUR 71B - 32		
Acompañante:	GLORIA CAMACHO		

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO VIAL KENNEDY)
Actividad Economica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL	FECHA EXAMEN:	2026-01-31
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	ENFASIS:	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

- | | | |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. AUDIOMETRIA TAMIZ | 2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA |
| 4. OPTOMETRIA TAMIZ | 5. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | |

CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

REMISION A EPS	SI
OBSERVACIONES	SOLICITAR VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA EN SU ENTIDAD DE SALUD.
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI

SUPLEMENTALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVO.
USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	PROTECCIÓN AUDITIVA
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Dr. Carlos Fuentes Reyes

Médico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario
Resolución 24742 del 28-04-2025



CARLOS ANDRES FUENTES REYES

1047498146

RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION

24742 DE 28/04/2025

Firma y sello del médico evaluador

ARIEL QUINTANILLA CAMACHO

Documento: 79701011

Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.701.011
NUMERO
QUINTANILLA CAMACHO
APELLIDOS
ARIEL
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-DIC-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIDO LOPEZ

A-1500119-42116102-M-0079701011-20031110 07673 03309P 01 136691170

Medellín, 18 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C79701011	QUINTANILLA CAMACHO ARIEL	19/01/2026		41431602	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:12:47.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección: IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

No. de Radicación: Fecha de Radicación (Día - Mes - Año):

Seta asesor:

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria A. Cotizante ☐ B. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código la registrar por la EPS <input type="text"/>
---	--	--	---	---	--	--

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

8. Apellidos y nombres González Camacho Alí	9. Tipo de documento de identidad C	10. Número de documento de identidad 79201011	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui? ☐
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Bogotá Bogotá	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 09/08/1971		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia <input type="text"/>	17. Comunidad <input type="text"/>	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ Categoría de discapacidad <input type="text"/>
19. Tiene encuesta SISEN ☐ SI ☐ NO ☒	20. Clasificación SISEN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>
22. Administradora de Pensiones COVENOR	23. Ingreso base de cotización - IBC 2.000.000	24. Tasa Contribución Solidaria <input type="text"/>
25. Residencia CI 36 A 31 # 13 32	26. Zona Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

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

27. Apellidos y nombres <input type="text"/>	28. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	29. Número de documento de identidad <input type="text"/>	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui? ☐
32. Nacionalidad <input type="text"/>	33. Lugar de nacimiento <input type="text"/>	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) <input type="text"/>		

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

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui? ☐	41. Lugar de nacimiento País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISEN SI ☐ NO ☐	48. Clasificación SISEN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	49. Discapacidad SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad <input type="text"/>	50. Incapacidad permanente SI ☐ NO ☐
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Departamento <input type="text"/>	Municipio/Distrito <input type="text"/>
Cabecera Municipal ☐	Centro Poblado ☐
Rural Disperso ☐	Resto Rural ☐
Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la EPS la municipalidad de la EPS
55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	
57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de cotizaciones la registrará por la EPS	
59. Ubicación	60. Tipo de novedad	

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación		57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de cotizaciones la registrará por la EPS
59. Ubicación	60. Tipo de novedad		61. Datos básicos de identificación	

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	62. Sexo biológico	63. Sexo identificatorio
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Caja de Compensación Familiar o Pástor de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reente la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante/entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	---

X. ANEXOS

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	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	95. Firma del funcionario
96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

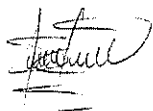
FOR-EPSTV-0002

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARIEL QUINTANILLA CAMACHO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 79701011**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2023** 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 24 de septiembre de 2024.



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.

SECRETARÍA DE TRABAJO
VIGILADO



Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 79701011
Nombres y Apellidos	ARIEL QUINTANILLA CAMACHO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902012883
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	CADENERO 1
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2000000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
nGO6iN3fS



Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011	
				Versión: 01	
				Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO		OPERATIVO		FECHA	
CARGO		Cadenero 1		11 Enero 2026	
				AREA	
				OPERATIVA	
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.	
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.	
Mecánico	Caidas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr área de trabajo, inspección preoperacional.	
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.	
Biológico	Bacterias, hongos, parásitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.	No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.		
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Cadenero 1.

NOTIFICADO: 8°

NOMBRE:

Ariel Quintanilla Camacho

FIRMA:

[Firma manuscrita]

C.C.:

79707077

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Ariel Quintanilla Camacho, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79701011 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Cadenero 1. en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

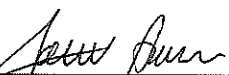
Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

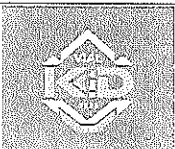
agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 14 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS ① Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Ariel Quintanilla Comacho

Nombre: Ariel Quintanilla Comacho

Cédula: 79707011

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Ariel Quintanilla Carracho CARGO: Cadeniero 1.

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 14 Ene 2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		<u>X</u>
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		<u>X</u>
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		<u>X</u>

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	<u>X</u>		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			<u>X</u>
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		<u>X</u>	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			<u>X</u>

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Aniel Quintanilla Camacho Identificad@ con documento de identidad N° 79701071 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA	Número:	4148422
Identificación:	CC	Edad:	60
Fecha de Nacimiento:	1966-01-16	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	1
RH:	O +	Escolaridad:	PRIMARIA
Estado civil:	DIVORCIADO	Ciudad:	SOACHA
Departamento:	CUNDINAMARCA	ARL:	NO REFIERE
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	Teléfono:	3207396042
AFP:	COLPENSIONES	Tel. Acompañante:	3222006565
Dirección:	CARRERA 16 A 36 - 61		
Acompañante:	ELIA LEGUIZAMON		

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO VIAL KENNEDY)
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
FECHA EXAMEN: 2026-01-31
TIPO EXAMEN: PREINGRESO
ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

- | | | |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. AUDIOMETRIA TAMIZ | 2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA |
| 4. OPTOMETRIA TAMIZ | 5. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | |

CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

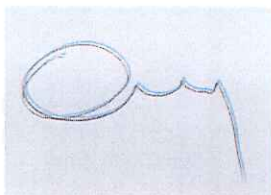
GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
OBSERVACIONES	MEDICINA GENERAL
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
OBSERVACIONES	HABITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FISICA
OTRAS	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	- CONTROL RUTINARIO POR EPS

OCUPACIONALES

RESO PVE	SI
OBSERVACIONES	CARDIOVASCULAR
USO DE CORRECCION VISUAL	SI
OBSERVACIONES	REQUIERE USO DE CORRECCION ENVISION CERCANA, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Luis A. Leguizamon



VALENTINA SALCEDO MONROY
 1020770182
 RM: 1020770182 L.O 251075 DE 2019
 Firma y sello del médico evaluador

LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA
 Documento: 4148422
 Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.148.422

LEGUIZAMON PERILLA

APellidos

LUIS ALEJANDRO

NOMBRES

Luis A. Leguizamon P.

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1966

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

04-DIC-1984 MACANAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1524700-00188970-M-0004148422-20091021 0017366586A 1 30849753

Medellín, 18 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C4148422	LEGUIZAMON PERILLA LUIS ALEJANDRO	19/01/2026		148w296h	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:14:01.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4016268725

Fecha de Radicación

04/02/2016

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	A. Individual: ☒ - Cotizante Cabeza de familia ☐ - Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒ C. Tipo de afiliado	B. Colectiva ☐ D. Tipo de cotizante	A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐ C. Pensionado ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐ C. Pensionado ☐	Si ☐ No ☒
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS)		

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

8. Apellidos y nombres	9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
LEGUJAMON Primer apellido	CC	4148422	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento		
COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: LA PAZ	15/01/1993		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		SI ☐ No ☒	SI ☐ NO ☒	Nivel ☐ Grupo ☐	
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLPENSIONES	1.750.005		
26. Residencia	27. Dirección	28. Teléfono fijo	29. Teléfono celular	30. Correo electrónico	31. Correo electrónico
CL 46 N 6 19	BOGOTÁ		320739042	Aalejo580@hotmail.com	
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	Zona	Urbana cabecera municipal ☒	Rural dispersa ☐
				Urbana centro poblado ☐	Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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
B1			Femenino/Masculino	F M T NB otro cual	País Departamento Municipio
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población especial	47. Encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad Permanente
B1				SI No Nivel Grupo	SI No Categoría	SI No	
B2							
B3							
B4							
B5							
51. Datos de residencia		Zona		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
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. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B	
B	
B	

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO KENNEDY VIAL 2025	NIT	902012803	Q1
59. Ubicación	60. Teléfono fijo o celular	61. Correo electrónico	62. Municipio/distrito
CR 9 40 20	8905643	RHPROCMI@HOTMAIL.COM	MONTERIA
Dirección		CORDOBA	Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

20. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación datos básicos de identificación	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección datos básicos de identificación	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización documento de identidad	☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
Código: <input type="text"/>	☐ B. Diferente régimen
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: <input type="text"/>	☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	☐ 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	
61. Tipo documento de identidad	61. Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado	68. Carga de Compensación Familiar e pagador de pensiones
	11/10/1210/218	Código: <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

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

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

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

76. ☒ Autorización para que la EPS 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 en Contribución Solidaria, según anexo del Sísben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres		Segundo apellido	Primer nombre
Primer apellido			Segundo nombre
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad	

IX. FIRMAS

<p>80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> <p><i>Luis A. Segura</i></p>	<p>81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> <p><i>Unidad</i></p>
--	---

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RG. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐									
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									
Total: <input type="text" value="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, <u>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.</u>									
☐ 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 entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.									

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

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

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

04. Apellido y Nombre				05. Firma del funcionario	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad			
06. Fecha de Radicación		07. Fecha de Validación			
Observaciones					

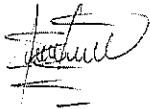
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4148422**, se encuentra afiliado/a desde **14/05/1987** 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 16 de octubre de 2024.



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.

VERIFICADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 4148422
Nombres y Apellidos	LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902012883
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	CADENERO 2
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
1lw1e3YBS




Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG-SST

Código P-001

Versión

Revisión 01

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DEPTO	OPERATIVO		FECHA	14 Enero 2026
CARGO	Cadenero 2		AREA	OPERATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.R.P.	ACCIONES DISEÑADAS DE ELIMINAR EL RIESGO
Físico	Exposición a ruido continuo	Pérdida de audición, pérdida de audición, pérdida de audición	-	Uso de protectores auditivos
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmones, irritación mucosa	-	Uso de mascarillas
Mecánico	Caídas en mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en miembros inferiores	Guañas de mano, caucho o similar Calzas de seguridad o mangas Protección a nivel de miembro o ropa	Señalar las zonas que representan riesgo que al área de trabajo se le señalen zonas de trabajo seguro
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, laceraciones	Tapadores o respirador Casaca de Seguridad o similar Botas de Seguridad de Caño o similar Casaca de Seguridad	Charlas de seguridad sobre manipulación de herramientas
Biológico	Serbios, hongos, parásitos	Enfermedades infecciosas, zoonosis	-	Uso de guantes de nitrilo, tapabocas, mascarilla
Eléctrico	Condiciones eléctricas, partes eléctricas	Choques eléctricos, electrocución, incendio	-	No trabajar en proximidad de cables eléctricos, identificar y etiquetar cables eléctricos, usar equipo de protección personal (EPP) adecuado
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, cervicopatías, dolor de cuello	-	Corrección de postura, descanso
	Levantamiento y transporte de cargas	Lumbalgias, hernias, rotaciones, musculares	-	Corrección de postura, descanso
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento	Asaltos, robos, secuestros	-	Tomar medidas de precaución, seguir las instrucciones de la empresa y autoridades
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión	-	Charlas sobre manejo de estrés
Incendio	Condiciones eléctricas, material combustible	Quemaduras, asfixias, inhalación de gases	-	Charlas sobre manejo de incendios, extintores, bomberos
Naturales	Turbonadas, inundaciones	Choques, fracturas, lesiones o muerte	-	Seguir las directrices del plan de contingencia

Declaro que conozco y acepto la NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Cadenero 2

NOTIFICADO: SI

NOMBRE: Luis Alejandro Leguizamon PerillaFIRMA: du A. LeguizamonC.C.: 4748422

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Luis Alejandro Leguizamón Perilla, identificado con cédula de ciudadanía N°: 4148422 de Macanal que con motivo del desempeño de sus labores como Codenero 2 en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

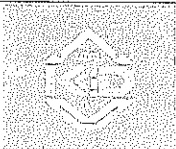
agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: *Ruv Saegwazan*

Fecha de Notificación: 14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 14 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1849 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS Q Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizarselo.

Recibí

Firma: Luis Leguizamon

Nombre: Leguizamon Perilla

Cédula: 4148422

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Luis Alejandro Leguizamón P. CARGO: Codenero Z.

INDUCCIÓN: ☒ RE INDUCCIÓN: ☐ FECHA REALIZACIÓN: 14 Ene 2026

APROBÓ ☒ NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01****Diciembre 2025**

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	☒	☐	☐
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.	☐	☐	☒
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL	☐	☒	☐

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Luis Alejandro Leguizamon Penilla Identificado con documento de identidad N° 4748422 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Luis Leguizamon



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA	Número:	1014241034
Identificación:	CC	Edad:	33
Fecha de Nacimiento:	1993-02-20	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	O -	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS:	EPS FAMISANAR LTDA		
AFP:	PORVENIR S.A.		
Dirección:	CARRERA 118A # 63F-12	Teléfono:	3154151575
Acompañante:		Tel. Acompañante:	

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO VIAL KENNEDY)
Actividad Economica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	INSPECTOR	FECHA EXAMEN:	2026-03-14
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	ENFASIS:	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. AUDIOMETRIA TAMIZ | 2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA |
| 4. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 5. VISIOMETRIA | |

CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA SI
RECOMENDACIONES GENERALES CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA, ENFOCADOS EN EL DESCANSO APROPIADO, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, ESPECIALMENTE DE FUERZA MUSCULAR, DE ALTA INTENSIDAD, AL MENOS 150 MINUTOS SEMANALES.

OCUPACIONALES

USO DE EPP	SI
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Dr. Carlos Fuentes Reyes

Médico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario
Resolución 24742 del 28-04-2025



CARLOS ANDRES FUENTES REYES
1047498146

RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION
24742 DE 28/04/2025

Firma y sello del médico evaluador

JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA
Documento: 1014241034

Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.241.034

SALOM PARRA

APELLIDOS

JOHN SEBASTIAN

NOMBRES

JOHN SALOM
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

20-FEB-1993

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O-

M

ESTATURA

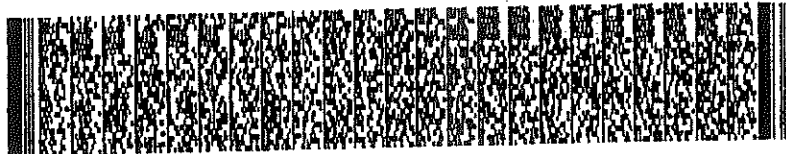
G.S. RH

SEXO

24-FEB-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00284619-M-1014241034-20110317

0026172370A 1

36335588

Medellín, 18 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1014241034	SALOM PARRA JOHN SEBASTIAN	19/01/2026		64207312	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:15:09.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012687033
9012687033

No. de Radicación SAT
30316705

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

Fecha de Radicación
18 | 02 | A 2026 | A

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) <div></div>
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres SALOM Primer Apellido	PARRA Segundo Apellido	JOHN Primer Nombre	SEBASTIAN Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1014241034	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	15. Fecha de nacimiento 20 D 02 M A 1993 A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$2.550.000	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐		

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
28. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre																				
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual				41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio			42. 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 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 DISCAPACIDAD		50. Incapacidad permanente SI NO	
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección			Localidad / Comuna				Correo electrónico	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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

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

55. Nombre o razón social CONSORCIO VIAL KENNEDY	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 902012883	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 15 93A 84	32441116	Correo electrónico	MONTERIA Municipio / Distrito	CORDOBA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		Femenino Masculino	
				T NB Otro Cual		64. Fecha de nacimiento	
						D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
		D 15 M 01 A 2026 A		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad				Número del documento de identidad			

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación		OBSERVACIONES:			
D D M M A A A A		D D M M A A A A		CARGO: INSPECTOR DE OBRAS			

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



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.241.034**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1014241034
Nombres y Apellidos	JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902012883
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	INSPECTOR DE OBRA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2550000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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




Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011	
				Versión: 01	
				Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO	OPERATIVO			FECHA	11 Enero 2026
CARGO	Inspector de obra			AREA	OPERATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.	
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.	
Mecánico	Caidas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre área de trabajo, inspección preoperacional.	
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.	
Biológico	Bacterias, hongos, parásitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.	No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.		
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Inspector de Obra

NOTIFICADO: S:

NOMBRE: John Sebastian Salas Parra

FIRMA: John Salas

C.C.: 1074241034



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-010

Versión: 01

Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): John Sebastian Salom Parra, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1014241034 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Inspector de obra en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios; exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: Jhon Salom

Fecha de Notificación: 14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 11 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS Q Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: John Salom

Nombre: John Sebastián Salom Parra

Cédula: 1014241034



SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOGOTÁ

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Versión: 01
Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: John Sebastian Salom Parra CARGO: Inspector de obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 14 Enero 2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo John Sebastian Salom Parra Identificado con documento de identidad N° 1014241034 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma John Salom

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.141.064

OVALLE PEÑA
APELLIDOS

LUZ MERY
NOMBRES

Luz Mery Ovalle Peña



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-ENE-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALBALESTRO BENJAMIN LOPEZ



A-1500103-47144753-F-0053141064-20060203 0774606033A 02 203480793

Medellín, 18 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C53141064	OVALLE PEÑA LUZ MERY	19/01/2026		216j2532	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:16:15.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OVALLE PEÑA LUZ MERY** identificado(a) con **CC** número **53.141.064** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 03 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de octubre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024101612110

		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST		Código: FO-SST-011	
				Versión: 01	
				Noviembre de 2025	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO					
DPTO		OPERATIVO		FECHA	
CARGO		Auxiliar Social		14 - Enero - 2026	
				AREA	
				OPERATIVA	
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.	
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.	
Mecánico	Caidas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr área de trabajo, inspección preoperacional.	
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.	
Biológico	Bacterias, hongos, parásitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.	No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.		
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Aux. Social

NOTIFICADO: SI

NOMBRE:

Loz Mary Ovalle Per

FIRMA:

Loz Mary Ovalle

C.C.:

53. 141-060

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Luz Mery Ovalle Peña, identificado con cédula de ciudadanía N°: 53141064 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar Social en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 14 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

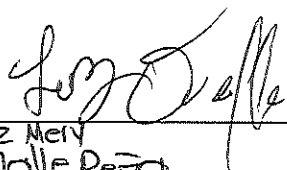
Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS Q Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Loz Mérv
Ovalle Peña

Cédula: 53141064

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01**
Diciembre 2025**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN**NOMBRE: Loz Mary Ovalle Peña CARGO: Auxiliar SocialINDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 14 Enero 2026APROBÓ ✓NO APROBÓ **Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:**

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

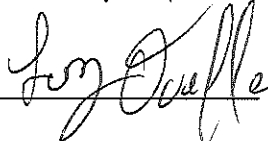
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño al trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SOAT

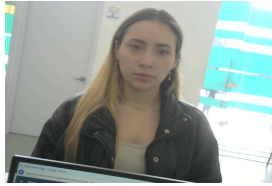
Yo Loz Mery Ovalle Peña Identificad@ con documento de identidad N° 53141064 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	YEIMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE	Número:	1000775159
Identificación:	CC	Edad:	24
Fecha de Nacimiento:	2001-06-16	Identidad de Género:	FEMENINO
Género:	F	Estrato:	2
RH:	O -	Escolaridad:	TECNOLOGICO
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	NO REFIERE
EPS:	EPS SANITAS SA	Teléfono:	3008678996
AFP:	PROTECCION S.A.	Tel. Acompañante:	3182899751
Dirección:	CARRERA 88 D 8 C 21 CASA 65		
Acompañante:	JOSE OLARTE		

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO VIAL KENNEDY)
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	AUXILIAR TECNICA	FECHA EXAMEN:	2026-03-14
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	ENFASIS:	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

- | | | |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. AUDIOMETRIA TAMIZ | 2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA |
| 4. OPTOMETRIA TAMIZ | 5. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | 6. HEMOCLASIFICACION GRUPO RH |

CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA SI

OCUPACIONALES

PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Dr. Carlos Fuentes Reyes

Médico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario
Resolución 24742 del 28-04-2025



CARLOS ANDRES FUENTES REYES

1047498146

RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION
24742 DE 28/04/2025

Firma y sello del médico evaluador

YEIMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE

Documento: 1000775159

Firma del trabajador

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.775.159

ANGARITA OLARTE

APELLIDOS

YEIMY ALEJANDRA

NOMBRES

 FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-2001

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA O- G.S. RH F SEXO

19-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



P-1500150-01003598-F-1000775159-20190816 0067391098A 2 52034440

Medellín, 18 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1000775159	ANGARITA OLARTE YEIMY ALEJANDRA	19/01/2026		g3021232	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:22:44 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4016268725

Fecha de Radicación

04/02/2016

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	A. Individual:	- Cotizante Cabeza de familia ☒	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	- Beneficiario afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒	Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante		D. De oficio ☐	B. Substituido ☐	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	D. Afiliado adicional ☐	7. Código (a registrar por la EPS)	
A. Dependiente ☒		B. Independiente ☐		C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres	9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
LEGUJAMON	CC	4148422	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento		
COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: LA PAZ	15/01/1993		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		Categoría Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLPENSIONES	1.750.005		
26. Residencia	27. Dirección	28. Teléfono fijo	29. Teléfono celular	30. Correo electrónico	31. Correo electrónico
CL 46 N 6 19	BOGOTÁ		320739042	Aalejo580@hotmail.com	
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	Zona	Urbana cabecera municipal ☒	Rural dispersa ☐
				Urbana centro poblado ☐	Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres	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	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar Nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino/Masculino	F M T NB otro cual	País Departamento Municipio	
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población especial	47. Encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad Permanente
B1				SI No Nivel Grupo	SI No Categoría	SI No	
B2							
B3							
B4							
B5							
51. Datos de residencia		Zona		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad/Comuna		Correo electrónico			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Prestadora de Salud - IPS

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS CHAPIERO - VS CHAPIERO	VSCHAPIER - VSCHAPIER
B	
B	
B	

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO KENNEDY VIAL 2025	NIT	902012803	Q1
59. Ubicación	60. Teléfono fijo o celular	61. Correo electrónico	62. Municipio/distrito
CR 9 40 20	8905643	RHPROCMI@HOTMAIL.COM	MONTERIA
Dirección		CORDOBA	Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
Número documento de identidad		67. Motivo de traslado Código:		68. Cese de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
65. EPS anterior:		66. Fecha de Novedad 11/10/1201218					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

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

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

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

76. ☒ Autorización para que la EPS 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 en Contribución Solidaria, según anexo del Sísben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta 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

<p>80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> <p><i>Luis A. Segura</i></p>	<p>81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> <p><i>Unidad</i></p>
--	---

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐									
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									
Total: <input type="text" value="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, <u>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.</u>									
☐ 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 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

04. Apellido y Nombre				05. Firma del funcionario	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad			
06. Fecha de Radicación		07. 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) **ANGARITA OLARTE YEIMY ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.000.775.159** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 16 de octubre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025013110404



Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 5/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1000775159
Nombres y Apellidos	YEIMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902012883
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	AUXILIAR DE INGENIERIA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2000000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
cQVL2eUGS




Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO			FECHA	11 - Enero - 2026
CARGO	Auxiliar de Ingeniería			AREA	OPERATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD	
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.	
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.	
Mecánico	Caidas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr área de trabajo, inspección preoperacional.	
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.	
Biológico	Bacterias, hongos, parásitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.	
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.	
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.	
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.	
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.	
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.	
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.	
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer	

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Auxiliar de Ingeniería

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Yenny Alejandra Angarita Olarte.FIRMA: [Firma manuscrita]C.C.: 1.600.725.159



**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**

Código: FO-SST-010

Versión: 01

Diciembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Yenny Alejandro Argandoña Olarte, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1000735159 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar de Ingeniería en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual;

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos y contagio por COVID-19.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente los elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor, dar estricto cumplimiento a su manual de funciones y responsabilidades dadas a su cargo, cuyo parte del texto se anexa a esta comunicación, para permitirle su cabal conocimiento.

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 14 Enero 2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

Lugar: Punto PAC

Fecha: 14 Enero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la IPS CD Prevención

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:



Nombre:

Yelmy Alejandra
Angarito Olarte

Cédula:

1000775159

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Vermy Alejandro Argueta Olarte CARGO: Auxiliar de Ingeniería

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 14 Enero 2026

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		☒
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		☒
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		☒

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	☒		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			☒
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		☒	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			☒

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Yenny Alejandra Angaita Olarte Identificada con documento de identidad N° 1000775159 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma 

