



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	MARIO ANDRES ARAGON	Número:	79973228
Identificación:	CC	Edad:	48
Fecha de Nacimiento:	1978-02-06	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	O +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	CASADO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS:	EPS FAMISANAR LTDA		3207063155
AFP:	PORVENIR S.A.		3103192908
Dirección:	CALLE 194 # 136A - 09	Teléfono:	
Acompañante:	ALBA NIÑO	Tel. Acompañante:	

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 / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

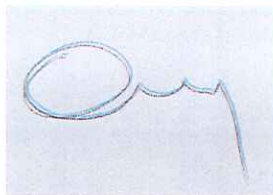
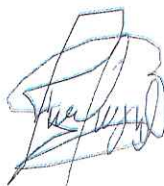
GENERALES

REMISION A EPS	SI
OBSERVACIONES	NUTRICION, MEDICINA GENERAL
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
OBSERVACIONES	HABITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FISICA
OTRAS	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	- CONTROL RUTINARIO POR EPS - EVITAR EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE DE 85 DB

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVO
USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVO SEGUN EXPOSICION A RUIDO

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.



VALENTINA SALCEDO MONROY
1020770182
RM: 1020770182 L.O 251075 DE 2019

MARIO ANDRES ARAGON
Documento: 79973228
Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.973.228

ARAGON

APELLIDOS

MARIO ANDRES

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1978

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

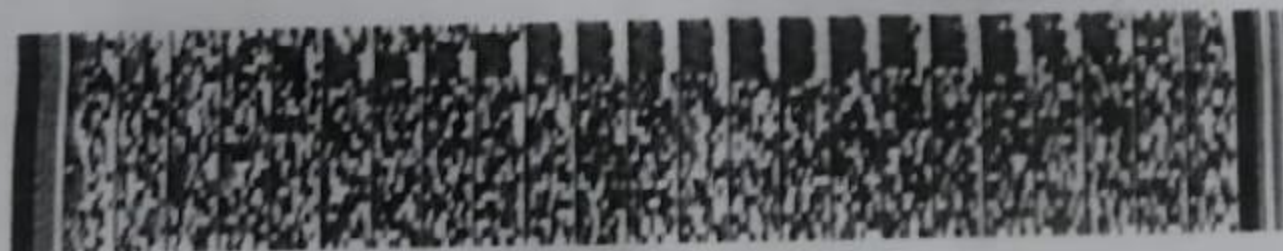
SEXO

25-SEP-1997 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 1500150-00242422-M-0079973228-20100623

0022440866A 1

1390711364

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 %		
C79973228	ARAGON MARIO ANDRES	19/01/2026		147B1442	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 16:17:17.

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

9012687042
9012687042

No. de Radicación SAT
30316720

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 ARAGON Primer Apellido	Segundo Apellido		MARIO Primer Nombre		ANDRES Segundo Nombre		
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 79973228		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 06 D 02 M A 1978 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 \$2.000.000		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección				Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna	Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona		

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) <div></div>	
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 <input type="text"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>				
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒				
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐				
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐				
15. Traslado: A Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐				
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐				

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación 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 D 15 M 01 A 2026 A		67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 <input type="text"/>		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:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL ANEXOS <input type="text"/>
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 <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>		

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 <input type="text"/>		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A		OBSERVACIONES: CARGO: ALMACENISTA			

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



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIO ANDRES ARAGON MARIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.973.228**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



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 79973228
Nombres y Apellidos	MARIO ANDRES ARAGON
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	ALMACENISTA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2300000

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
uYRrcFokS




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	Almacenista			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 Almacenista

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Morfo Andres Aragon

FIRMA:

C.C.: 79993220

	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): Mario Andres Aragon, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79973228 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Almacenista 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;

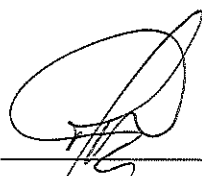
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

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

	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: Mario Andres Aragón

Cédula: 79993228

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01****Diciembre 2025****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN**NOMBRE: Mario Andres Aragon CARGO: AlmacenistaINDUCCIÓN: ☒ 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

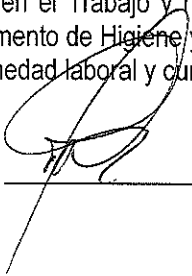
De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, 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 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

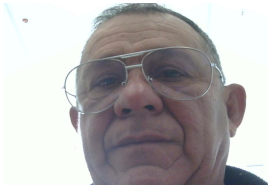
Yo Mario Andres Aragon Identificad@ con documento de identidad N° 79973228 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, 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:	OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA	Número:	92188878
Identificación:	CC	Edad:	60
Fecha de Nacimiento:	1965-09-12	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	O +	Escolaridad:	PRIMARIA
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 SALUD TOTAL SA		
AFP:	COLPENSIONES		
Dirección:	CALLE 73 BIS # 38-16	Teléfono:	3166601314
Acompañante:	JESUS QUIROSO	Tel. Acompañante:	3106891052

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:	BOAL	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.
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVO
USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	EN ESPECIAL DE PROTECCIÓN AUDITIVA.
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
USO DE CORRECCION VISUAL	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

OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA
Documento: 92188878
Firma del trabajador

Sede: Qprevencion
Dirección: Kr 56 # 9 91 local 17
Teléfono: 601-6661920
Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 92.188.878

AVILES ACOSTA

APELLIDOS

OMAR ANTONIO

NOMBRES

Omar Acosta
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1965

SAN PEDRO

(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

04-JUN-1991 SAN PEDRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-4800100-00154869-M-0092188878-20090421

0010900371A 1

9925550995

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 %
C92188878	AVILES ACOSTA OMAR ANTONIO	19/01/2026		255s1128	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 16:20:08 .

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

SaludTotal_{ERS-S}

Fecha de Radicación
01/4/0212101216

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código:

- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 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 Subsidado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
- ☐ B. Diferente régimen

- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui ☐		<input type="text"/>	
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
	11/3/0112/012/0	Código: <input type="text"/>					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

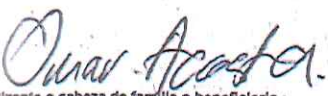
- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de documentos 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 encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

94. Apellidos y Nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

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 **OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **92188878**, se encuentra afiliado/a desde **04/04/2005** 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 27 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VICEPRESIDENTE GENERAL
DE LA ADMINISTRACIÓN
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 92188878
Nombres y Apellidos	OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA
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	AYUDANTE DE OBRA
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
IDE8rsh2S




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		Bodil-Aux Trafico		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 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 Bodil-Aux Trafico.

NOTIFICADO: Sº

NOMBRE: omar Antonio Aviles Acosta

FIRMA: OMAR ACOSTA

C.C.: 92788878

	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): Omar Antonio Aviles Acosta, identificado con cédula de ciudadanía N°: 92.188.878 de San Pedro que con motivo del desempeño de sus labores como Bod 1 - Auxiliar Trafico 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: Orlando Acosta

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 Φ Prevención

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

Recibí

Firma: Omar Acosta

Nombre: Omar Antonio
Aviles Acosta

Cédula: 92188878

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Omar Antonio Aviles Acosta CARGO: Auxiliar Tráfico Boal

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		<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 Omar Antonio Aviles Acosta Identificad@ con documento de identidad N° 92488878 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 OLAV ACOSTA



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA	Número:	1118579454
Identificación:	CC	Edad:	33
Fecha de Nacimiento:	1993-01-07	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	3
RH:	A -	Escolaridad:	PRIMARIA
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	NO REFIERE
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	Teléfono:	3222632693
AFP:	PROTECCION S.A.	Tel. Acompañante:	3123608492
Dirección:	NO REFIERE		
Acompañante:	LUZ TORRES		

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. - BOGOTÁ, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	BOAL	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

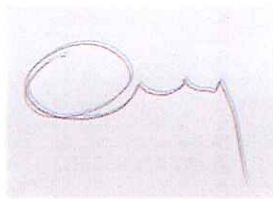
CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

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

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.



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

JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA
Documento: 1118579454
Firma del trabajador



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.118.579.454
PEÑA AMAYA

APELLIDOS
JOHELVIS ENRIQUE

NOMBRES

Johevis Peña
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-1993
VILLA DEL ROSARIO DE PERIJA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A-
G.S. RH

M
SEXO

12-AGO-2020 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-4600100-01153720-M-1118579454-20200825

0071550601A 2

55471227

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 %
C1118579454	PEÑA AMAYA JOHELVIS ENRIQUE	19/01/2026		24917720	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 16:21:26 .

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

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016821981	2 3 0 1 2 0 2 6

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

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			<input type="text" value="1"/>		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
PEÑA Primer apellido			AMAYA Segundo apellido			JOHELVIS Primer nombre		ENRIQUE Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad		11.Sexo biológico		12.Sexo identificación			
CC		1118579454		Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
13. Nacionalidad			14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA			País: COLOMBIA Departamento:			Municipio: 07/01/1993			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐ No ☒			
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial					
SI ☐ NO ☒		Nivel		Grupo					
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL			23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SURA			PORVENIR FPC			1750905			
26.Residencia									
KR 99 42 A 34 SUR			Telefono fijo		3013412204		johelvisenriquep1@gmail.com		
Dirección			Telefono celular		Correo electronico				
BOGOTA			BOGOTA		CENTRO		Urbana cabecera municipal ☒		
Departamento			Municipio/Distrito		Localidad / comuna		Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento				34. Fecha Nacimiento			
<input type="text"/>		País:		Departamento:		Municipio:		<input type="text"/>	

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

43.Parentesco		44.Etnia		45.Comunidad		46.Grupo poblacional especial		47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
								<div>Si</div> <div>No</div>		<div>Nivel</div> <div>Grupo</div>		<div>Si</div> <div>No</div> <div>Categoría</div>			<div>Si</div> <div>No</div>	
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
51. Datos de residencia																
Departamento				Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)				
						Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural							
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
Direccion						Localidad/Comuna						Correo Electrónico				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Selección de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025			NIT		902012883		01	
59. Ubicación								
KR 15 93 A 84 Dirección		1429233 Teléfono fijo o celular		ASESORESSALUDTOTAL14@GMAIL.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES	
60. 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 inscripcion 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 tramite 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 relacion laboral o perdida 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
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		
	0 1 1 2 2 0 2 5	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 Contributvo,Especial o de Excepción.	
71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .	
73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	
74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran	
75. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013	
76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto	
77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes	
78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA					
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria					
Apellidos y nombres					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad			
<input type="text"/>					

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

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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		
92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL					
94. Apellidos y Nombres					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		95.Firma del funcionario	
<input type="text"/>					
96. Fecha de Radicación		97. Fecha de Validación			
Observaciones					

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEÑA AMAYA JOHELVIS ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **1.118.579.454** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 15 de agosto de 2021 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 marzo 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

2025033111512



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 1118579454
Nombres y Apellidos	JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA
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	AYUDANTE DE OBRA
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
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	
CARGO		Bozal - Aux. taller		14 - Enero - 2025	
				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 _____.

NOTIFICADO: si

NOMBRE:

C.C.:

Joheluis Enrique Peña Arroya
1. 118 529 - 454

FIRMA:

Joheluis Peña

	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): Joheluis Enrique Peña Arroya, identificado con cédula de ciudadanía N°: 7718579464 de Yopal que con motivo del desempeño de sus labores como Boal - Auxiliar Tráfico 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:

Jotellus P.

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** _____

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

Recibí

Firma: Johevis Peña

Nombre: Johevis Enrique Peña Amaya

Cédula: 1.118.579.464

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Joheluis Enrique Peña Amaya CARGO: Boal - Auxiliar Tráfico

INDUCCIÓN: ☒ 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	☒	☐	☐
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 Johelvis Enrique Peña Amaya Identificad@ con documento de identidad N° 1118579464 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

Johelvis P.



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA	Número:	1043980895
Identificación:	CC	Edad:	21
Fecha de Nacimiento:	2005-02-18	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	1
RH:	A +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	NO REFIERE
EPS:	EPS CAJACOPI - CCF DEL ATLANTICO	Teléfono:	3007544419
AFP:	PORVENIR S.A.	Tel. Acompañante:	
Dirección:	NO REFIERE		
Acompañante:			

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:	BOAL	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

MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA
Documento: 1043980895
Firma del trabajador

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.043.980.895

OLIVO PEÑA

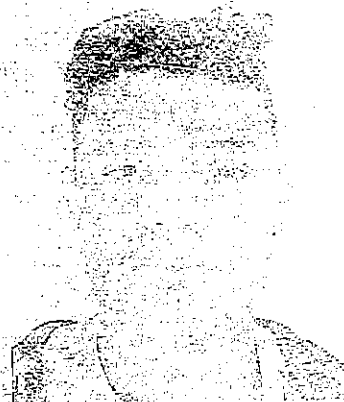
APELLIDOS

MOISES JOAQUIN

NOMBRES

Olivo Peña

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CARTAGENA
(BOLIVAR)

18-FEB-2005

LUGAR DE NACIMIENTO
1.71

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

21-FEB-2023 MADRID

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-1500150-01510821-M-1043980895-20250605

0145526348A 5

8515208512

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 %		
C1043980895	OLIVO PEÑA MOISES JOAQUIN	19/01/2026		Q1242412	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 16:23:38.

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

4016968796

Fecha de Radicación

04/02/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen		4. Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐		SI ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)			
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1			

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

8. Apellidos y nombres		9. Tipo documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo Identificación	
OLIVO ☐ PEÑA ☐ MOISES ☐ JOAQUIN ☐		CC		1043980695		Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento		15. Fecha Nacimiento					
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: LA PAZ		18/02/2005					

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.		PORVENIR		1.750.005							
26. Residencia		27. Teléfono fijo		28. Teléfono celular		29. Correo electrónico					
Cra 93 656-42 sur Dirección		BOGOTÁ		BOGOTÁ		moisesolivos71@gmail.com					
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		Zona		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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	
Primer apellido Segundo apellido						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	
Primer apellido Segundo apellido								Femenino/Masculino F M T NB otro cual				País Departamento Municipio			
B1 B2 B3 B4 B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad Permanente	
B1 B2 B3 B4 B5								SI NO Nivel Grupo		SI NO Nivel Grupo		SI NO Categoría		SI NO	
51. Datos de residencia		52. Valor de la UPG del afiliado adicional (a registrar por la EPS)													
Departamento Municipio/Distrito		Zona		Teléfono Fijo y/o celular		Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico					
B1 B2 B3 B4 B5		Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural													

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 e 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		902012883		01	
59. Ubicación		60. Teléfono fijo y celular		61. Correo electrónico		62. Municipio	
CR 9 40 20 Dirección		8905643		R-PROCOM1@HOTMAIL.COM		MONTERIA Municipio	

B. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de Identidad ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: <input type="text"/> ☐ 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 retiro al país.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria ☐ 21. Retiro de contribución solidaria
---	--

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad		Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cusi ☐	
65. EPS anterior		66. Fecha de Novedad 11/30/1120/20		67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o pagador 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 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 encuesta del Sisben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad	
<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	

IX. FIRMAS

<p>Olivo PERA</p> <p>80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p>	<p><i>[Firma]</i></p> <p>81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institución o de oficio</p>
---	--

Y ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 90. Certificación de vinculación a una 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código del Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		93. Nombre de la Institución <input type="text"/>
---	--	---

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación		97. Fecha de Validación	
Observaciones			



**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:

MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.980.895**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



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 1043980895
Nombres y Apellidos	MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA
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	AYUDANTE DE OBRA
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
c1HpKShS




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	Boal - Aux. Tráfico		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 Boal - Aux. Tráfico

NOTIFICADO: Si

NOMBRE:

Moises Joaquin Olivo Peña

FIRMA:

Olivo Peña

C.C.:

1043. 980. 895.

	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): Moises Joaquín Olivo Peña, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1043980895 de Nadrid que con motivo del desempeño de sus labores como Boal- Auxilio Tráfico 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: Olivo Peña

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: Olivo Peña

Nombre: Marcos Joaquín

Nombre: Olivo Peña

Cédula: 1043980895

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Noises Joaquín Olivo Peña CARGO: Boal- Auxiliar Tráfico

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		<u>✓</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>✓</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>✓</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>✓</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>✓</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>✓</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>✓</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 Marcos Joaquín Olivo Peña Identificado con documento de identidad N° 103980895 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 Olivo Peña

Luis Fernando Causil

C.C. N° 1.073.811.664 De San Pelayo

Dir. Carrera 88F Calle 33 Visur

Bogotá

Datos Personales

FECHA DE NACIMIENTO: 26 de Mayo de 1999
LUGAR DE NACIMIENTO: San Pelayo - Córdoba
ESTADO CIVIL: Unión Libre
CELULAR 316 505 5770

Perfil

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas basadas en el logro de objetivos; aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo.

Cumplo con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, me presento con gran entusiasmo y eficacia

Información Académica

INS. EDU. KM 12
Ultimo Grado Cursado: 7°
Montería - Córdoba

Referencias Personales

ALBA MORELO

Gerente

310 631 0306

CARLOS FERNANDEZ

Cadi Máster

320 613 9365

Referencias Familiares

LUIS ALFREDO CAUSIL

Oficios varios

317 290 9899

MARY LUZ MONTALVO

Ama de casa

322 293 7268

Experiencia Laboral

A RECUPERAR

Cargo: Oficios varios

Tiempo de servicio: 1 Año

Jefe Inmediato: Abraham Ramírez

Celular: 310 646 3524

Monteria

Para todos los actos legales, certifico que la totalidad de los datos anotados en la presente hoja de vida son enteramente veraces y comprobables (C.S.T Art. 62 Núm. 1º Régimen Colombiano 1057(Leguis).

Luis Fernando Causil

C.C. N° 1.073.811.664 De San Pelayo

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN

FECHA

CC

1073811664

17/01/2026

NOMBRE

LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO

EMPRESA

PROCOM INGENIERIA SAS (CONSORCI

NIT

901359599

CARGO

OFICIAL DE CONSTRUCCION

ÁREA

Operativa

TIPO DE EXAMEN

Ingreso

EDAD

26 años

CIUDAD

BOGOTA

CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. A nivel TRABAJO ALTURAS queda APLAZADO, requiere exámenes adicionales para calificar su aptitud. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.



EXÁMENES REALIZADOS

☒ Examen Médico

☒ Cuadro Hemático

☐ Colesterol total

☐ Coprológico

☐ Transaminasas

☒ Audiometría

☒ Glicemia

☐ Triglicéridos

☐ KOH uñas

☐ Parcial Orina

☐ Psicosenométricas

☐ Visiometría

☒ Perfil lipídico

☐ Creatinina

☐ Frotis Garganta

☐ BUN

☐ Prueba psico.

☒ Optometría

☒ Espirometría

☐ Hemoclasificación

☐ Gravindex

OTROS:

RECOM. GENERALES

☒ Dieta balanceada

☒ Pausas activas

☒ Hábitos saludables

☒ Higiene postural

☒ Actividad física regular

☐ EPP

CIU PRINCIPAL

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . SE RECOMIENDA CITA CONTROL POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIONISTA DE SU EPS, ESTILOS DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES, SE SUGIERE EVITAR SOBRECARGA FISICA CONTINUA, IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS, ACONDICIONAMIENTO ERGONOMICO Y SEGUIMIENTOS POR PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR SU EPS. Realizar actividades laborales en compañía de otro trabajador teniendo en cuenta patología de base. Capacitación en estilos de vida saludable. Ejercicio moderado 3 veces por semana para mantener un estado físico saludable. Uso permanente y adecuado de EPP asignados.. Opt: NO REQUIERE AYUDA VISUAL. CONTROL EN UN AÑO. Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTROL AUDITIVO ANUAL EN EPS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA. Capacitación en estilos de vida saludable. Ejercicio moderado 3 veces por semana para mantener un estado físico saludable. Consultar nutricionista en EPS, Ejercicio físico de acuerdo con las recomendaciones médicas. Hacer seguimiento del peso corporal y establecer metas de reducción por mes. Eliminar el consumo de azúcar, harinas, grasas, paquetes, embutidos, gaseosas. Evitar comer de noche. Establecer acuerdos con sus familiares para consumir alimentos saludables y porciones mas conservadoras. MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes fuentes de proteína y lácteos descremados. Mantener un peso saludable. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones estresantes. Mantener una cultura centrada en la capacitación, el conocimiento, la investigación y el estudio, una mejor capacitación le permitirá evaluar alternativas que le generen mayores ingresos. Consultar anualmente al odontólogo, esto permitirá evitar deterioro y costosos tratamientos futuros. Mantener chequeos de salud anuales, estos le ayudarán con la prevención o detección temprana de enfermedades, no esperar a tener algún malestar para hacerse una revisión.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

☐ VISUAL

☐ AUDITIVO

☐ RESPIRATORIO

☒ NUTRICION

☐ OSTEOMUSCULAR

☐ CARDIOVASCULAR

☐ PSICOSOCIAL

Luis Causil

CAUSIL, LUIS FERNANDO

CC

1073811664

Rosi Evelin Bovea Charris

Rosi Evelin Bovea Charris

Licencia SST: **19486 /2024**

Reg. médico: **6811225**

CC:: **36721502**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verdicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 1.073.811.664

CAUSIL MONTALVO

APELLIDOS

LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis Fernando Causil
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1999

SAN PELAYO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

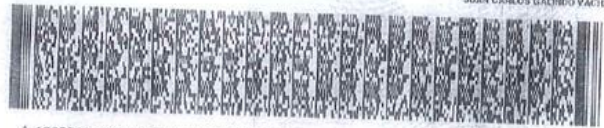
1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

06-JUN-2017 SAN PELAYO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA YACUA



A-1305500-00996442-M-1073811664-20180418 0060880023A-1 50323292

Medellín, 22 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 VIAL KENNEDY 2025, 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
C1073811664	CAUSIL MONTALVO LUIS FERNANDO	19/01/2026		I164h351	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arisura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10658256682602232622

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/01/2026 09:03:42.

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

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

Dirección IP: 200.118.80.8, 198.143.41.47, 172.16.42.57

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) 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 ☒ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de Familia ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente ☒ C. Pensionado ☐ B. Independiente ☐		7. CÓDIGO A1384	

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	CAUSTIL	SEGUNDO APELLIDO	MONTALVO
PRIMER NOMBRE	LUIS	SEGUNDO NOMBRE	FERNANDO

PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE					TERCER NOMBRE									
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					1073811664					11. SEXO BIOLÓGICO		F	X	T	NB	Otro			
13. NACIONALIDAD					COLOMBIA					14. LUGAR DE NACIMIENTO		CORDOBA							
15. FECHA NACIMIENTO					26					05					1999				

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL SURA
6		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒					

23. AFP PROTECCIÓN		24. IBC \$ 1.750.905		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA \$0.00		26. RESIDENCIA		DIRECCIÓN CARRERA 88F CALLE 33 BIS SUR 1	
TELÉFONO FIJO		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO LUISFERNANADOCAUSIL@GMAIL.COM				DEPARTAMENTO CORDOBA	
MUNICIPIO/ DISTRITO MONTERIA		LOCALIDAD/COMUNA				ZONA		IPS 11173	
						CABECERA MUNICIPAL ☒		CENTRO POBLADO ☐	
						RURAL DISPERSO ☐		RESTO RURAL ☐	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES																	
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE					
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO	F	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro		
		S.C.	C.D.	P.T.					M		Cual?						
32. NACIONALIDAD					33. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD								37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN					41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO					
		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT			F	M	F	M	T	NB	Otro?	PAIS	DEPART.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
B1		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT					F	M	T	NB	Otro?						
B2		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT															
B3		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT															
B4		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT															
B5		CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT															

[illegible]

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social consorcio via kennedy 2025		56. Tipo documento de Identificación Xl. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.							57. Número del documento de Identificación 902012883		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación cr 1 62 41 DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO O CELULAR		COP938KENNEDY@GMAIL.COM				CORDOBA DEPARTAMENTO		MONTERIA TERCER PISO/DISTRITO		

60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	☒	15. TRASLADO	☐
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES	☐	A) MISMO RÉGIMEN	☐

2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	☐	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	☐	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____	☐	14. MOVILIDAD	☐	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	☐
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____	☐	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	☐	20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	☐	21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐				

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD						62. SEXO BIOLÓGICO	F	63. SEXO IDENTIFICACIÓN				Otro
	S.C.	C.D.	P.T.								M	F	M	T	NB	Cual?
64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD	13	01	2026	67. MOTIVO DE TRASLADO	Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.	☐
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	☐
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☐
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☐
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.	☒
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	☐
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	☐
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	☐

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			

IX.FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
--	---	--	------------------------------

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES															
Primer apellido				Segundo apellido		Primer nombre				Segundo nombre					
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C.	C.E.	S.C.	Número del documento de identidad	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.

- 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, LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.CC

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número 1073811664 de SAN PELAYO, 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,

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1073811664

Fecha de Solicitud: 05/02/2026

Dirección: CL 23C 69D 24

Tel: 3152723078 Municipio: BOGOTA

Departamento: DISTRITO CAPITAL

Huella

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) **CAUSIL MONTALVO LUIS FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.073.811.664** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2018 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 29 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



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 1073811664
Nombres y Apellidos	LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO
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	19/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
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
jbQ8w0R2S



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	19 Enero 2026
CARGO	Baal		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 Baal

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Luis Fernando Causil Montalvo

FIRMA: Luis Fernando Causil

C.C.: 1073811664

	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 Fernando Causil Montalvo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1033871664 de San Pelayo que con motivo del desempeño de sus labores como Boal 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: Luis Fernando Causil

Fecha de Notificación: 19 Enero 2026

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

Lugar: Bogotá Punto crea

Fecha: 19 de enero de 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: Luis Causil

Nombre: Luis Fernando Causil

Cédula: 1073841664



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 Fernando Ciroil Montalvo CARGO: Boal

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 19/01/2026

APROBÓ X

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 al 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 Luis Fernando Causil Identificado con documento de identidad N° 1073841664 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 Causil

Neibys María Ramos Hoyos

C.C. N° 1.003.404.397 De Montería

Dir. Carrera 88F Calle 33 Visur

Bogotá

Datos Personales

FECHA DE NACIMIENTO: 29 de Octubre de 1999
LUGAR DE NACIMIENTO: Montería - Córdoba
ESTADO CIVIL: Unión Libre
CELULAR 315 039 2248

Perfil

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas basadas en el logro de objetivos; aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo.

Cumplo con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, me presento con gran entusiasmo y eficacia

Información Académica

INS. EDU. CEPRODENT
Ultimo Grado Cursado: 11°
Montería - Córdoba

Referencias Personales

RAFAEL ANTONIO ALVAREZ MARTINEZ

Oficios varios

318 703 1025

ALBA MORELO

Gerente

310 631 0306

Referencias Familiares

KEVIN DAVID RAMOS HOYOS

Auxiliar en Bodega

323 468 6733

LUZ MARY RAMOS MUÑOZ

Ama de casa

321 304 1572

Experiencia Laboral

A RECUPERAR

Cargo: Oficios varios

Tiempo de servicio: 6 Meses

Jefe Inmediato: Abraham Ramírez

Celular: 310 646 3524

Montería

Para todos los actos legales, certifico que la totalidad de los datos anotados en la presente hoja de vida son enteramente veraces y comprobables (C.S.T Art. 62 Núm. 1º Régimen Colombiano 1057(Leguis).

Neibys María Ramos Hoyos

C.C. N° 1.003.404.397 De Montería

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
1003404397	17/01/2026

Femenino, Unión Libre, Secundaria, EPS: MUTUALSER, ARL:
PENDIENTE, Pensión: PENDIENTE, Fncimiento: 29/10/1999, Tel:
3150392248, Dir: CARRERA 88F CALLE 33 BIS SUR, Email:
pendiente, Temp: 36°C, IMC: 25,01, hora: 8:30:53 a.m.

NOMBRE	NEIBIS MARIA RAMOS HOYOS		
EMPRESA	PROCOM INGENIERIA SAS(CONSORCI	NIT	901359599
CARGO	AYUDANTE	ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	26 años
		CIUDAD	BOGOTA



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS	☒ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS: /	
	☒ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Triglicéridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina		
	☐ Psicosensométricas	☐ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta		☐ BUN
	☐ Prueba psico.	☒ Optometría	☒ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex		

RECOM. GENERALES	☒ Dieta balanceada	☐ Pausas activas	☒ Hábitos saludables	☐ Higiene postural	☒ Actividad física regular	☐ EPP
CIU PRINCIPAL	-					

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . CONTROL POR NUTRICION... Opt: NO REQUIERE AYUDA VISUAL
P A U S A S A C T I V A S V I S U A L E S
CONTROL EN UN AÑO. Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTROL AUDITIVO ANUAL EN EPS, USO DE
ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA A NECESIDAD. Mantenga un peso saludable entre los 51 y 57 Kgs. Ejercicio físico
de acuerdo con la recomendación médica. Hacer seguimiento semanal del peso corporal. NO permita que siga ganando peso, si
esto ocurre consultar al nutricionista en su EPS. Eliminar el consumo de azucar, harinas, grasas, paquetes, embutidos,
gaseosas. Evitar comidas abundantes en la noche. Pedir asesoría para mejorar hábitos alimenticios. Establecer acuerdos con
familiares para consumir alimentos saludables y porciones mas conservadoras. MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla
diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas
áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes
fuentes de proteína y lácteos descremados. Mantener un peso saludable. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable
sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el
estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones
estresantes. Mantener una cultura centrada en la capacitación, el conocimiento, la investigación y el estudio, una mejor
capacitación le permitirá evaluar alternativas que le generen mayores ingresos. Consultar anualmente al odontólogo, esto
perro i evitar deterioro y costosos tratamientos futuros. Mantener chequeos de salud anuales, estos le ayudarán con la
prevención o detección temprana de enfermedades, no esperar a tener algún malestar para hacerse una revisión.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

☐ VISUAL	☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO	☒ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR	
☐ CARDIOVASCULAR	
☐ PSICOSOCIAL	

RAMOS, NEIBIS MARIA

CC 1003404397

Luz Angela Parra Medina

Licencia SST: 1349/17

Reg. médico: 11376/13

CC::

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es),
registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido
la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría
brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en
cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados.
Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de
e x p r e s a r m i c o n s e n t i m i e n t o .

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.404.397**
RAMOS HOYOS

APELLIDOS
NEIBYS MARIA

NOMBRES

Neibys Ramos Hoyo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1999**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

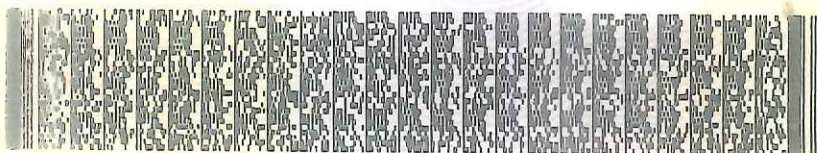
1.48
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-NOV-2017 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1300100-00955164-F-1003404397-20171116

0058503774A 1

48958277

Medellín, 22 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 VIAL KENNEDY 2025, 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
C1003404397	RAMOS HOYOS NEIBYS MARIA	19/01/2026		24632253	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10658256682602232701

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/01/2026 09:05:01 .

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

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

Dirección IP: 200.118.80.8, 198.143.41.47, 172.16.42.57

**mutualser**Atención sin tanta vuelta
NIT 808.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea 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. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres RAMOS	7. Tipo de documento de identidad C	8. Número del documento de identidad 1.003.404.397	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 29/10/1999
---------------------------------	--	---	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SORA	16. Administradora de Pensiones Cajamancha	17. Ingreso base de cotización - IBC 1750995	
18. Residencia calle 88 f # 365 sur	Teléfono Fijo 3150391248	Correo electrónico Bosota	
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
B1			D D M M A A A A	
B2			D D M M A A A A	
B3			D D M M A A A A	
B4			D D M M A A A A	
B5			D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social consorcio Remedial	36. Tipo de documento de identificación A	37. Número del documento de identificación 902012883	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación cra 15 # 93 A 81	40. Teléfono 4770190	41. Correo electrónico mracombadimailcom	42. Municipio/Distrito Bosota
			Departamento Bosota

- 2a. COPIA: AFILIADO -

**mutualser**Atención sin tanta vuelta
NT 808.008.394-7**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS****B. REPORTE DE NOVEDADES****40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
☐ 6. Reinscripción en la EPS.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo.
☐ B. Régimen Subsidiado.
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen.
☐ B. Diferente Régimen.
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**41. Datos básicos de identificación**

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
				D O M M A A A A D 1 9 0 1 2 0 2 6			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
		Código <input type="text"/>					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
Cantidad: Total
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D O M M A A A A	D O M M A A A A	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario					

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 2 de 2
03/2018

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS identificado(a) con C.C No. 1.003.404.397, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y 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



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 1003404397
Nombres y Apellidos	NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS
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	19/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
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
xLNxFpe9S



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		Trafico		19 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 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 Trafico

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Neibys Maria Ramos Hoyos

FIRMA: Neibys Ramos Hoyos.

C.C.: 1003404397

	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): Neibys Mario Ramos Hoyos, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1003404397 de Montería que con motivo del desempeño de sus labores como Trafico 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: Nubys Ramos Hoyos.

Fecha de Notificación: 19 Enero 2026

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

Lugar: Bogotá Punto CREA

Fecha: 19 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: Nebys Ramos Hollos

Nombre: Nebys Mario Ramos H

Cédula: 1003 404397



SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOGOTÁ

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Versión: 01

Diciembre 2025

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Neibys Mario Ramos Hoyos CARGO: Tráfico

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 19 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	
	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 Neibys Mora Ramos Hoyos Identificado con documento de identidad N° 1003404397 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 Neibys Ramos

ANEXO N°3

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **JOTAM MAESTRE DIAB**, identificado con la cedula de ciudadanía **No. 1.065.825.668** de Valledupar en mi condición de Representante Legal de **CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025** con Nit 902.012.883-0, se encuentra al día con el pago de sus obligaciones provenientes del sistema de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje y liquidaciones cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario.

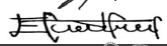
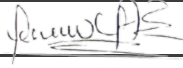
La presente certificación se expide en Bogotá D.C, a los veintisiete (27) días del mes de Enero del 2026.

Cordialmente,



JOTAM MAESTRE DIAB
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

ANEXO N°4

FORMATO					
ACTA DE COMITÉ DE SEGUIMIENTO SST-MA AL CONTRATO					
COMITÉ No. <u>1</u>		FECHA:		<u>9</u>	<u>1</u>
(Fecha de realización del comité dd-mm-aa)					
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY ÁREA DE INFRAESTRUCTURA					
CONTRATO No <u>938</u> <small>(Número de Contrato)</small>		DE <u>2025</u> <small>Año de suscripción)</small>			
CONTRATISTA		CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025 <small>(Escriba el nombre o razón social del Contratista de Obra)</small>			
CONTRATO DE INTERVENTORÍA ASOCIADO No.		<u>994</u> <small>(Número de Contrato)</small>		DE <u>2025</u> <small>(Año de suscripción)</small>	
INTERVENTOR		CONSULTORES DONOVAN SAS <small>(Escriba el nombre o razón social de la Interventoría)</small>			
SUPERVISOR DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA		DANILO MENESES <small>(Escriba el nombre del Supervisor del contrato de interventoría)</small>			
I. PARTICIPANTES					
NOMBRE	CARGO	EMPRESA / ENTIDAD	FIRMA		
ANA MILENA ACEVEDO PEREZ	RESIDENTE SST - INTERVENTORÍA	CONSULTORES DONOVAN SAS			
EDITH JOHANNA JAIMES FIGUEROA	RESIDENTE SST - CONTRATISTA	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2026			
YOVANNY ALBERTO ELORZA LOPEZ	RESIDENTE AMBIENTAL - INTERVENTORÍA	CONSULTORES DONOVAN SAS			
FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	RESIDENTE AMBIENTAL - CONTRATISTA	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2026			
II. OBJETO					
Primer comité ambiental. 1.COMPONENTE AMBIENTAL. Realizar seguimiento SST-MA N° 1 a la gestión del contrato de obra 938 de 2025, cuyo objeto es "REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY BOGOTA D.C ATRAVES DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MOTO AGOTABLE"					
III. LECTURA ACTA ANTERIOR Y POSIBLES OBSERVACIONES A LA MISMA					
No Aplica (No se cuenta con acta anterior ya que, se trata del primer comité ambiental desarrollado para el proyecto).					
IV. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS PACTADOS SEGÚN ACTA(S) ANTERIOR(ES)					
Descripción del compromiso	Comité No.	No. Compromiso	Responsable	Se cumplió (S/N)	Acciones a tomar
N/A					
Listado de compromisos, acta en la cual se adquirió el compromiso, responsable, cumplió, no cumplió					

V. TEMAS TRATADOS

COMPONENTE AMBIENTAL

Obligaciones de la Fase de Planificación (Etapa Previa-preliminares)

La Interventoría relaciona el estado de los productos y requerimientos solicitados para la fase de planificación del proyecto, así:

1. Elaboración y presentación a Interventoría del Manual de Control y Seguimiento de Obra Ambiental y SST - MAO, para la ejecución del contrato, debidamente firmado por el representante legal y los especialistas que apliquen. Este producto es requisito para el inicio de la ETAPA DE EJECUCIÓN. // Respecto a este requerimiento, la interventoría recibió mediante radicado CVK-938-037 del 23 de diciembre de 2025 el documento MAO, el cual fue revisado por interventoría y observado al contratista mediante comunicado DON-994-FDLK-032-2025 del 29 de diciembre de 2025. La interventoría recibe subsanación a las observaciones del documento nuevamente mediante comunicado CVK-938-045 del 8 de enero de 2026, el cual se encuentra en revisión de la interventoría.
2. Elaboración del plan de gestión de RCD de obra dando cumplimiento a la resolución 507 de 2023 "Por el cual se adopta el modelo y los lineamientos para la gestión integral de los Residuos de Construcción y Demolición - RCD en Bogotá D.C., y se dictan otras disposiciones" o la normatividad vigente. // Este requerimiento es radicado a la interventoría inmerso en el documento MAO, por tanto fue radicado mediante comunicado CVK-938-037 del 23 de diciembre de 2025, el cual por problemas técnicos relacionados con la extensión de las rutas de apertura de los archivos no pudo ser revisado por la interventoría. mediante comunicado DON-994-FDLK-032-2025 del 29 de diciembre de 2025 se solicita al contratista realizar revisión de la novedad presentada. posteriormente la interventoría recibe subsanación a esta novedad mediante comunicado CVK-938-045 del 8 de enero de 2026, el cual se encuentra en revisión de la interventoría.
3. Cumplir con lo estipulado en el Decreto 265 de 2016 "Por medio del cual se modifica el Decreto Distrital 442 de 2015 y se adoptan otras disposiciones" o la normatividad vigente, en el tema de Granulo de Caucho Reciclado. // Este requerimiento es radicado a la interventoría inmerso en el documento MAO, llevando la misma trazabilidad que el punto N°1.
4. Entrega a interventoría de copias de las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) del recurso humano exigido contractualmente. La aprobación de estos documentos por parte de la interventoría es requisito para el inicio de la ejecución de las obras. // A la fecha la interventoría no ha recibido documentación contractual del personal del contratista.
5. Solicitar la apertura del PIN Ambiental a la Alcaldía Local de Kennedy y ofrecer toda la información requerida, para su apertura, así como la atención de las visitas periódicas de la SDA. //

A. Ambiental

Estado del componente ambiental

- . La interventoría recibió mediante radicado CVK-938-037 del 23 de diciembre de 2025 el documento MAO.
- . Mediante comunicado DON-994-FDLK-032-2025 del 29 de diciembre de 2025, la interventoría realiza las respectivas observaciones y hallazgos del documento MAO enviado por el contratista.
- . El contratista allega a la interventoría subsanación de observaciones del documento MAO V1. mediante comunicado CVK-938-045 del 8 de enero de 2026, el cual se encuentra en revisión de la interventoría.

La interventoría refiere que: - de acuerdo con la Resolución 507 de 2023, se debe cumplir con el 50% de aprovechamiento de materiales RCD, teniendo en cuenta la fecha de finalización del contrato.

- La meta de Circularidad para el contrato será del 23%.

- De acuerdo a la Resolución distrital 265 de 2016, se debe cumplir con un porcentaje no menor al 25% de la totalidad del volumen de la mezcla asfáltica usada para la totalidad de m3 del contrato.

- Se relaciona responsabilidad única de la Alcaldía - FDLK para reporte y cargue de todo lo referente con el PIN Ambiental, El contratista es el responsable de entregar los insumos para que sean revisados y aprobados por la interventoría, quienes remiten a la entidad contratante FDLK para su respectivo cargue en plataforma.

- La interventoría refiere al contratista que se debe diligenciar el formato de uso de zonas verdes previo al inicio de labores de obra para los segmentos que así lo requieran.

- Además se refiere que el inventario de sumideros debe realizarse y presentarse a la interventoría previo al inicio de obras en cada segmento.

B. SST

La interventoría recibió mediante radicado CVK-938-037 del 23 de diciembre de 2025 el documento SG-SST del contratista, anexo dentro del documento MAO.

. Mediante comunicado DON-994-FDLK-032-2025 del 29 de diciembre de 2025, la interventoría realiza las respectivas observaciones y hallazgos del SG-SST enviado por el contratista.

. El contratista allega a la interventoría subsanación de observaciones del documento SG-SST. mediante comunicado CVK-938-045 del 8 de enero de 2026, el cual se encuentra en revisión de la interventoría.

C. Forestal

Se debe concertar visita conjunta entre contratista, interventoría y supervisor, al CIV 8008465 a fin de establecer la intervención a realizar. Lo anterior teniendo en cuenta la presencia de individuo arboreo y posible afectación tanto a la copa como al área radicular.

D. Maquinaria y Equipos**LISTA DE CHEQUEO AMBIENTAL****DECISIONES TOMADAS****VARIOS****DECISIONES TOMADAS****SEGUIMIENTO CONTRATO DE INTERVENTORIA***** Informe Semanal**

N/A

*** Informe Mensual**

N/A

*** Otros Informes**

N/A

*** Facturación**

N/A

*** Legal**

N/A

DECISIONES TOMADAS

VI. COMPROMISOS PACTADOS

No.	Descripción del compromiso	Responsable	Fecha
1	Consultar con área Técnica como se puede coordinar los cortes de cantidades	Residente Ambiental Contratista	
2			
3			
4			
5			

ANEXOS DEL ACTA

#	Nombre del Anexo: (documento/CD)	No. de Folios
	NINGUNO	

VII. PRÓXIMA REUNIÓN**FECHA**
DÍA
MES
AÑO

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bogotá, D.C., a los

NUEVE

(Día en letras)

9

(Día en números)

días del mes de

ENERO

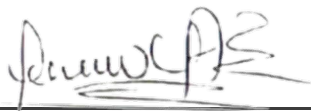
(Mes en que se firma el acta)

de

2026

(Año de firma del acta)

(Firma)

(Nombre) **YOVANNY ALBERTO ELORZA LOPEZ****RESIDENTE AMBIENTAL - INTERVENTORÍA**

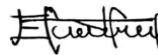
(Firma)

(Nombre) **FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA****RESIDENTE AMBIENTAL - CONTRATISTA**

(Nombre)

**ANA MILENA ACEVEDO PEREZ**
RESIDENTE SST - INTERVENTORÍA

(Nombre)

**EDITH JOHANNA JAIMES FIGUEROA**
RESIDENTE SST - CONTRATISTA

ANEXO N°5



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Jorge Andres Vega Bravo
NOMBRE Y APELLIDOS

1120 750 763
No. DOCUMENTO

Residente obra.
CARGO

Administrativa
operativa.
ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA				
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALÓN	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ	
1	11/01/26.	X			X		X						X		X									X							X	
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco Rojas
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas
FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Ariel Quintanilla Camacho

NOMBRE Y APELLIDOS

79701011

No. DOCUMENTO

Cardenero 1.

CARGO

operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA				
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	11/01/26	X			X		X			X			X		X									X							X	
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

TERESA OROZCO ROLDAN

FIRMA QUIEN ENTREGA

TERESA OROZCO

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Luis Alejandro Leguizamón R.

NOMBRE Y APELLIDOS

4448422

No. DOCUMENTO

Cadenero 2

CARGO

operatividad

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA				
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	11/01/26	X			X		X			X			X		X									X							X	Luis Leguizamón
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

John Sebastian Salom Parra
NOMBRE Y APELLIDOS

1014241034
No. DOCUMENTO

Inspector de obra
CARGO

operativa
ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA				
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRIL	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	11/01/26	X			X		X			X						X									X						X	Jhon S.
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

teresa orozco Rojas
FIRMA QUIEN ENTREGA

teresa orozco
FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

LUZ MERA Ovalle Peña

NOMBRE Y APELLIDOS

53.141.064

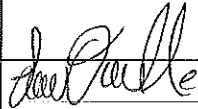
No. DOCUMENTO

Auxiliar Social

CARGO

operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA			
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCIÓN	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ
1	11/10/126	X			X		X		X						X								X							X	
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

TERESA OROZCO ROJAS

FIRMA QUIEN ENTREGA

TERESA OROZCO

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Geimy Alejandra Angarito Ochoa

NOMBRE Y APELLIDOS

1000 775159

No. DOCUMENTO

Auxiliar Ingenieria

CARGO

Operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA			
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ
1	11/01/26	X			X		X								X									X						X	
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Edith Johanna Jaimes

FIRMA QUIEN ENTREGA

Edith Johanna Jaimes

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Mario Andres Aragon
NOMBRE Y APELLIDOS

79973228
No. DOCUMENTO

Almacenista
CARGO

operativa
ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN											FIRMA					
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO		BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ
1	11/01/26	X			X		X			X			X										X							X	
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco
FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Omar Antonio Aviles Acosta

NOMBRE Y APELLIDOS

92188878

No. DOCUMENTO

Boal - Auxiliar Trafico

CARGO

operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN													FIRMA				
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ	
1	11/01/26		X		X		X			X		X	X				X					X					X	X			X	Omar A.
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Johelvis Enrique Peña Araya

NOMBRE Y APELLIDOS

1118579454

No. DOCUMENTO

Boal Auxiliar Trafico

CARGO

operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN										FIRMA						
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO		BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ
1	11/01/26		X		X		X			X		X	X					X				X			X	X				X	Joffa vis
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresu Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresu Orozco

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Moises Joaquin Olivo Perez

NOMBRE Y APELLIDOS

1043980895

No. DOCUMENTO

Boal-Auxiliar Trafico

CARGO

operativa.

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL												DOTACIÓN												FIRMA					
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILLO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO		BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ
1	14/01/26		X		X		X			X	X	X					X					X			X	X				X	Olivo.
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresu Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresu Orozco

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-018

dic-25

versión.01

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

Luis Fernando Causil Montalvo

NOMBRE Y APELLIDOS

1073844664

No. DOCUMENTO

Boal

CARGO

operativa.

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL												DOTACIÓN												FIRMA					
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRIL	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO		BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ
1	19/01/26		X				X			X	X	X					X					X			X	X				X	Luis Causil
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco

FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Naibys Maria Ramos Hayos.

NOMBRE Y APELLIDOS

1003404397

No. DOCUMENTO

Trafico

CARGO

Operativa

ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL												DOTACIÓN														FIRMA			
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	PROTECCION AUDITIVA DE COPA	PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRIL	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CHALECO AMARRILLO • TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO		CAPUCHON	REPOSICION	1º VEZ
1	19/01/26		X		X		X		X		X	X					X				X				X	X				X	Naibys Rme
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco

FIRMA RESIDENTE SST

ANEXO N°6



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 13/01/2026

Centro de Trabajo: Punto PAC

Participantes en la Inspección: Edith Johanna Dames

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Dames

NOMBRE: Edith Johanna
Dames Figueroa
CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 13/01/2026

Centro de Trabajo: Punto PAC

Participantes en la Inspección: Edith Johanna Jaimes

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	✓		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	✓		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	✓		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	✓		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	✓		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	✓		
7	Los baños están debidamente dotados	✓		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	✓		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			✓
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad			✓
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	✓		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	✓		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	✓		
14	Existen vías de circulación demarcadas	✓		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	✓		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	✓		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	✓		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	✓		
19	Todos los elementos tienen una ubicación en un lugar adecuado	✓		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	✓		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	✓		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	✓		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		✓	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	✓		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias		✓	

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Jaimes

NOMBRE: Edith Johanna Jaimes Figueroa

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Punto PAC

REALIZAR POR: Edith Johanna Jaimes Figueroa

FECHA: 13/01/26

CARACTERÍSTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.			✓	
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Jaimes

FIRMA Edith Valmes
NOMBRE Edith Johanna Valmes F.



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

Código: FO-SST-014

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUÍN

CENTRO DE TRABAJO: Punto PAC
NOMBRE PROFESIONAL: Edith Johanna Jaime Figuerola
CARGO: Coordinadora SST
FECHA: 13 Enero 2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO		PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	☒	☐	BOLSA	06/2026		
APLICADORES	6	☒	☐	BOLSA	06/2026		
CURAS	6	☒	☐	BOLSA	06/2026		
ESPARADRAPO	2	☒	☐	ROLLO	06/2026		
GASA	3	☒	☐	ROLLO	06/2026		
MICROPORÉ	2	☒	☐	ROLLO	06/2026		
VENDA ELÁSTICA	2	☒	☐	ROLLO	06/2026		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	☒	☐	BOLSA	06/2026		
GUANTES DE LATEX	4	☒	☐	BOLSA	06/2026		
TAPABOCAS	5	☒	☐	BOLSA	06/2026		
ALCOHOL	1	☒	☐	TARRO	06/2026		
SUERO ORAL	3	☒	☐	BOLSA	06/2026		
BAJALENGUAS	5	☒	☐	BOLSA	NA		
CUELLO ORTOPÉDICO	1	☒	☐	BOLSA	NA		
MALETÍN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	☒	☐	MALETIN	NA		
OTRO		B	R				
OTRO		B	R				
OTRO		B	R				
OTRO		B	R				

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION
Edith Jaimes



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 13 Ene 26

Centro de Trabajo: Almacén

Participantes en la Inspección: Edith Johanna Jaimes

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			✓	
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Jaimes

NOMBRE: Edith Johanna
Jaimes Agüero

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 13/01/2026

Centro de Trabajo: Almacén

Participantes en la Inspección: Edith Johanna Jaimes

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	✓		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	✓		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	✓		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	✓		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	✓		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	✓		
7	Los baños están debidamente dotados	✓		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	✓		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			✓
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	✓		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	✓		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	✓		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	✓		
14	Existen vías de circulación demarcadas			✓
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	✓		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	✓		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	✓		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	✓		
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	✓		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	✓		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	✓		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	✓		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		✓	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	✓		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias		✓	

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Jaimes

NOMBRE: Edith Johanna Jaimes Aguerod

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Almacén

REALIZAR POR: Edith Johanna Jaimes Figueroa

FECHA: 13/01/2026

CARACTERÍSTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			✓	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.			✓	
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Edith Jaimes

FIRMA Edith Valmes
NOMBRE Edith Johanna Valmes Aguerod

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

Código: FO-SST-014
Versión: 01
Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: Almacén
NOMBRE PROFESIONAL: Edith Johanna Dames Figueroa
CARGO: Levadante SST
FECHA: 13 Enero 2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
APLICADORES	6	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
CURAS	6	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
ESPARADRAPO	2	☒	R	M	ROLLO	06/2026		
GASA	3	☒	R	M	ROLLO	06/2026		
MICROPORÉ	2	☒	R	M	ROLLO	06/2026		
VENDA ELASTICA	2	☒	R	M	ROLLO	06/2026		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
GUANTES DE LATEX	4	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
TAPABOCAS	5	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
ALCOHOL	1	☒	R	M	TARRO	06/2026		
SUERO ORAL	3	☒	R	M	BOLSA	06/2026		
BAJALENGUAS	5	☒	R	M	BOLSA	NA		
CUELLO ORTOPEDICO	1	☒	R	M	BOLSA	NA		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	☒	R	M	MALETIN	NA		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION
Edith Dames

ANEXO N°7

INFORME HORAS HOMBRES TRABAJADAS PERIDO DEL 16 DICIEMBRE 2025 / 31 ENERO 2026

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

ITEM	NOMBRE	CARGO	DIAS TRABAJADOS CORTE	HORAS DIA	DEDICACION %	No.HORAS AUSENTISMO	No. DE HORAS EXTRAS	TOTAL HORAS HOMBRE MES
1	RAFAEL GUSTAVO SOLANO OSORIO	DIRECTOR DE OBRA	38	7,3	100%	0	0	277,4
2	NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO	INSPECTOR TÉCNICO	38	7,3	100%	0	0	277,4
3	DIEGO CABALLERO ROJAS	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	38	7,3	100%	0	0	277,4
4	FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS	PROFESIONAL EN PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	38	7,3	100%	0	0	277,4
5	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS Y GEOTECNIA	38	7,3	100%	0	0	277,4
6	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	ESPECIALISTA EN DISEÑO GEOMETRICO	38	7,3	100%	0	0	277,4
7	FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	RESIDENTE AMBIENTAL	38	7,3	100%	0	0	277,4
8	ASTRID YOLANDA SÁNCHEZ SANTANA	TOPOGRAFO	38	7,3	100%	0	0	277,4
9	CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ	RESIDENTE SST	38	7,3	100%	0	0	277,4
10	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	38	7,3	100%	0	0	277,4
11	JORGE ANDRES VEGA BRAVO	PERSONAL TÉCNICO DIBUJANTE 2	16	7,3	100%	0	0	116,8
12	ARIEL QUINTANILLA CAMACHO	LABORATORISTA INSPECTOR	16	7,3	100%	0	0	116,8
13	LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA	CONDUCTOR	16	7,3	100%	0	0	116,8
14	JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA	CONDUCTOR CAMIONETA	16	7,3	100%	0	0	116,8
15	LUZ MERY OVALLE PEÑA	CONDUCTOR CAMIÓN	16	7,3	100%	0	0	116,8
16	YEIMMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE	CONDUCTOR VOLQUETA	16	7,3	100%	0	0	116,8
17	MARIO ANDRES ARAGON	RESIDENTE TÉCNICO 1	16	7,3	100%	0	0	116,8
18	OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA	RESIDENTE TÉCNICO 2	16	7,3	100%	0	0	116,8
19	JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA	RESIDENTE SOCIAL	16	7,3	100%	0	0	116,8
20	MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA	INSPECTOR TÉCNICO	16	7,3	100%	0	0	116,8
21	LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO	AUXILIAR SOCIAL	12	7,3	100%	0	0	87,6
22	NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS	CADENERO 1	12	7,3	100%	0	0	87,6
TOTAL				TOTAL HORAS				4117,2
				TOTAL TRABAJADORES				22

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025										CARACTERIZACIÓN DE ACCIDENTE LABORAL																																		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO										27/01/2026																																		
SUBDIRECCIÓN GENERAL										DE INFRAESTRUCTURA																																		
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA										DE MANTENIMIENTO DEL SUBSISTEMA VIAL																																		
CONTRATO OBRA No. COP-938-2025										CONTRATISTA CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025																																		
										INTERVENTOR SAVIMAC S.A.S																																		
"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"										PERIODO DE INFORME: 16 Diciembre 2025 / 31 Enero 2026																																		
EVENTO		FECHA DE OCURRENCIA		TIPO DE VINCULACION				TERCERO	NOMBRE ACCIDENTADO	CEDULA	CARGO	DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	EDAD (años)			GÉNERO		JORNADA DE TRABAJO		DIA DE OCURRENCIA	AREA DE LABOR DEL ACCIDENTADO	PROCESO O LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE	SEVERIDAD DEL ACCIDENTE	CLASE DE ACCIDENTE	AGENTE DEL ACCIDENTE	AGENTE DE LA LESION	TIPO DE LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	CAUSAS BASICAS (Según ITC 3791)				CAUSAS INMEDIATAS (Según ITC 3791)				COSTO TOTAL	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN/ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO	
CON TIEMPO PERDIDO		SIN TIEMPO PERDIDO		D O S I A E T E E A O C C N T T T H A A E O												< 20 20 a 40 > 40			MASCULINO FEMENINO		DIURNA NOCTURNA												CODIGO FACTORES PERSONALES CODIGO FACTORES DE TRABAJO CODIGO ACTOS SUBESTANDARES CODIGO CONDICIONES SUBESTANDARES											

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

COP-938-2025

Estadística de Accidentalidad y Ausentismo

Periodo: 16/12/2025 a 31/01/2026 Año: 2026

Los índices presentados a continuación se calcularon de acuerdo a los procedimientos descritos a la legislación vigente

Horas hombres trabajadas = 4117,2

No. promedio trabajadores en periodo =	22
No. horas hombre trabajadas al día =	7,3
Días trabajados la semana =	6
Semanas trabajadas en el mes=	5
No. total de horas extra/suplementario =	0
No. total horas ausentismo =	0

1. Índice de Frecuencia (I.F.) = 0,00

No. accidentes de trabajo en periodo =	0
K =	22
Horas hombres trabajadas =	4117,2

2. Índice de Severidad (I.S.) = 0,00

No. días incapacidad x AT en periodo =	0
K =	22
Horas hombres trabajadas =	4117,2

3. Índice de Lesiones Incapacitantes (I.L.I.) = 0,00

4. Tasa de Ausentismo General (T.A.g.) = 0,00

No. días perdidos x Enferm./permiso =	0
Horas hombres trabajadas =	4117,2

5. Tasa de Accidentalidad (T.A.) = 0,00

No. de AT en periodo =	0
No. promedio trabajadores en periodo =	22

ANEXO N°8



"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"

CONTRATO N° 938 DE 2025

FECHA:

16 DICIEMBRE 2025 AL 31 ENERO 2026

INFORME SST

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Inspección Almacén



Inspección Almacén



Entrega EPP y DOTACIÓN



Entrega EPP y DOTACIÓN



Inducción Personal



Inducción Personal



“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”

CONTRATO N° 938 DE 2025

FECHA:

16 DICIEMBRE 2025 AL 31 ENERO 2026

INFORME SST

REGISTRO FOTOGRÁFICO



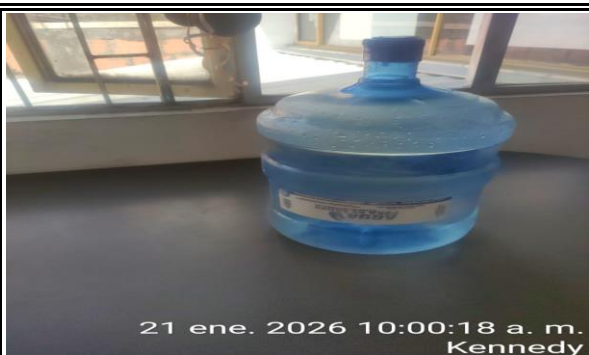
Inspección Punto PAC



Inspección Punto PAC



Inspección Punto PAC



Punto Hidratación



Inspección Punto PAC



Inspección Punto PAC