



INFORME MENSUAL No. 2
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FONDO DE DESARROLLO LOCAL KENNEDY

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

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL KENNEDY (FDLK)



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

INFORME MENSUAL DE AVANCE N° 2

DESDE 01 DE FEBRERO DE 2025 HASTA 28 DE FEBRERO DE 2026

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N°COP-938-2025

BOGOTA 2026



INFORME MENSUAL DE AVANCE No 2

CONTRATISTA: CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

INTERVENTORIA: SAVIMAC S.A.S

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

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

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



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivos Generales	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
3. INFORMACION Y DESCRIPCION DEL CONTRATO.	9
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.	10
5. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	10
5.1. Segmentos Viales Intervenir	10
6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO...12	12
6.1. Campamento principal	12
6.2. Personal de Seguridad y Salud en el Trabajo – Ambiental	13
6.3. Personal Contractual Contrato COP-938-2025	13
6.4. Personal vigente Contrato COP-938-2025.....	14
7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO	14
7.1. Inducción	15
7.2. Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo.	15
7.3. Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social	16
7.4. Capacitación Personal	17
8. COMITÉS DE OBRA	17
8.1. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).....	18
8.2. Comité de Convivencia Laboral	18
9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	18
9.1. Exámenes de Ingreso	18
9.2. Exámenes de Egreso.....	19
10. DIVULGACIÓN PROCEDIMIENTOS TRABAJO SEGURO	19



10.1.	Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.	19
10.2.	Entrega y Reposición de EPP.	19
10.3.	Registro de Inspecciones Efectuadas	19
10.4.	Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos	20
10.5.	Traslado de Maquinaria, Equipos y Cargas	21
11.	ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN).....	21
11.1.	Reporte de Accidentes e Incidentes.....	21
11.2.	Estadísticas de Accidentalidad	21
11.3.	Estadísticas de Ausentismo Laboral	21
12.	SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.....	22
12.1.	Trabajo Seguro en Excavación	22
12.2.	Trabajo en Alturas	22
12.3.	Izaje mecánico de cargas	22
12.4.	Manipulación de Redes Eléctricas	22
13.	CONCLUSIONES	23



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Información General del Contrato de obra	9
Tabla 2 Información de la Interventoría.....	9
Tabla 3 Lista de CIV a Intervenir.....	11
Tabla 4 Personal SST y AMB	13
Tabla 5 Personal Contractual	13
Tabla 6 Listado Personal Vigente	14
Tabla 7 Inducciones Periodo	15
Tabla 8 Capacitación Mensual.....	17
Tabla 9 Charlas Informativas	17
Tabla 10 Inspecciones Mensuales.....	20
Tabla 11 Relación de Maquinaria en Obra.....	20
Tabla 12 Relación Vehículos en Obra.....	21

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Localización general del proyecto.	10
--	----

ANEXOS

Anexo 1 Listado Personal.....	14
Anexo 2 Documentación Personal (Planillas E Inducciones).....	15
Anexo 3 Certificado Parafiscales.....	16
Anexo 4 Capacitación Personal.....	17
Anexo 5 Charlas Informativas.....	17
Anexo 6 Acta Comité Componente SST.....	17
Anexo 7 Acta Conformación COPASST y Acta reunión N°1.....	18
Anexo 8 Acta Conformación CCL y Acta reunión N°1	18
Anexo 9 Entrega EPP y DOTACIÓN	19
Anexo 10 Inspecciones Mensuales	20
Anexo 11 Documentación Vehículos y Volquetas	20
Anexo 12 Documentación Maquinaria	20



Anexo 13	Relación Maquinaria, Vehículos y Volquetas.....	20
Anexo 14	Preoperacionales Maquinaria	20
Anexo 15	Preoperacionales Vehículos y Volquetas.....	21
Anexo 16	Indicadores Accidentalidad y Ausentismo.....	21
Anexo 17	Registro Fotográfico	23



1. INTRODUCCIÓN

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025. describe en el presente documento el cumplimiento a las condiciones contractuales del contrato de obra pública No COP 938 2025 cuyo objeto es **“REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VÍAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE.”**; donde se presenta para el periodo comprendido entre el 01 de Febrero del 2025 al 28 de Febrero del 2026 el informe mensual N°2, las estrategias del SG- Seguridad y salud en el trabajo, es con el fin de evitar y prevenir los incidentes y/o accidente de trabajo junto a las enfermedades laborales, con el propósito de llevar un control efectivo de los riesgos y así salvaguardar la integridad física y la vida de los trabajadores.

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



2. OBJETIVOS

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

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

2.1. Objetivos Generales

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

2.2. Objetivos Específicos

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



3. INFORMACION Y DESCRIPCION DEL CONTRATO.

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

Tabla 1 Información General del Contrato de obra

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

Fuente: Consortio Vial Kennedy 2025

Tabla 2 Información de la Interventoría

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

Fuente: Consortio Vial Kennedy 2025

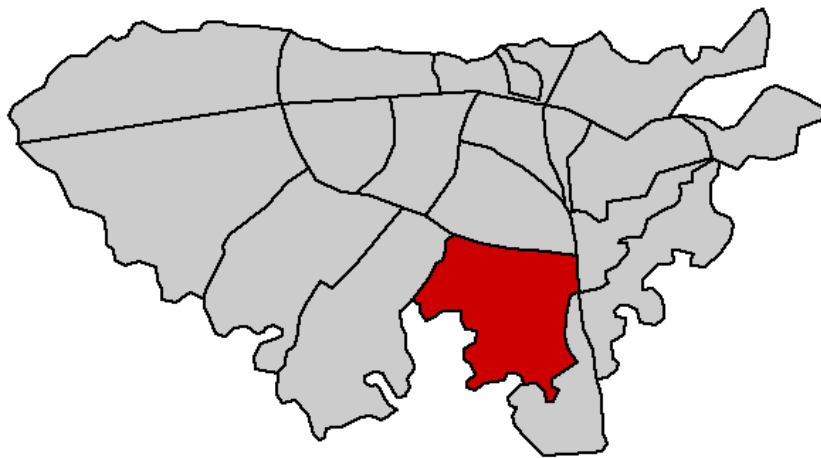
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.

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

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

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

Ilustración 1 Localización general del proyecto.



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

5. GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Segmentos Viales Intervenir

El área de Influencia directa corresponde inicialmente a los siguientes CIV y a las vías de desvío establecidas en el PMT los cuales se encuentran en proceso de definición teniendo en cuenta el presupuesto, la priorización que les de la entidad contratante y el estado actual de los mismos, siendo esta el área donde se manifestarán de forma directa las actividades generadas por el proyecto.

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



Tabla 3 Lista de CIV a Intervenir

SECTOR	UPZ	CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	ÁREA
JACQUELINE	TIMIZA	8009428	KR 77W	CL 50 S	CL 50BIS S	114,3
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8007237	KR 68BIS	CL 4 S	CL 8 S	506,61
JACQUELINE	TIMIZA	8009327	KR 77XBISA	CL 48A S	CL 49 S	277,2
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006945	KR 68ABIS	CL 1 S	CL 3 S	374,24
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8006739	CL 38B S	SIN ESTABLECER	KR 78C	196,47
JACQUELINE	TIMIZA	8009556	KR 77V	CL 46B S	CL 47A S	310,11
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006953	KR 68C	CL 2 S	CL 3 S	497,83
HIPOTECO SUR	AMERICAS	8006810	CL 2 S	KR 68C	KR 68D	209,02
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8006814	CL 40A S	KR 78H	KR 78I	328,63
CIUDAD KENNEDY CENTRAL	KENNEDY CENTRAL	8007134	TV 78A	CL 40 S	CL 40B S	300,38
JACQUELINE	TIMIZA	8009456	KR 77VBISB	CL 49 S	CL 50 S	245,38
JACQUELINE	TIMIZA	8009473	KR 77VBISB	CL 48A S	CL 49 S	314,88
TOCAREMA	TIMIZA	8009022	CL 43A S	KR 78	KR 78A	122,38
TOCAREMA	TIMIZA	8008916	CL 43A S	KR 78A	KR 78B	105,35
TOCAREMA	TIMIZA	8008802	CL 43A S	KR 78B	KR 78C	112,42
TOCAREMA	TIMIZA	8008713	KR 78C	CL 43BIS S	CL 43A S	115,5
TOCAREMA	TIMIZA	8008801	KR 78B	CL 43BIS S	CL 43A S	116,53
TOCAREMA	TIMIZA	8008842	KR 78B	CL 43A S	CL 44 S	112,39
TOCAREMA	TIMIZA	8008888	KR 78B	CL 44 S	CL 45 S	176,93
TOCAREMA	TIMIZA	8008792	KR 78C	CL 44 S	CL 45 S	233,79
TOCAREMA	TIMIZA	8008743	KR 78C	CL 43A S	CL 44 S	111,09
TIMIZA B	TIMIZA	8008637	CL 40 H SUR	KR 73 C	KR 74	73,3
TIMIZA B	TIMIZA	8008582	KR 74	TV 74	SIN ESTABLECER	314,87
PROVIVIENDA OCCIDENTAL	CARVAJAL	8007698	KR 72QBIS	CL 37C S	CL 38 S	446,52
PROVIVIENDA OCCIDENTAL	AMERICAS	8008350	KR 69A	CL 24 S	CL 25 S	1158,29
LA CAMPINA	CARVAJAL	8010914	CL 39I S	TV 72F	KR 72FBIS	635,73
LA CAMPINA	CARVAJAL	8010695	CL 39I S	KR 72FBIS	KR 72FBISA	423,73
JACQUELINE	TIMIZA	8009549	CL 47A S	KR 77U	KR 77W	184,79
NUEVA YORK	CARVAJAL	8010826	TV 68JBIS	CL 39A S	CL 39B S	253,97
TIMIZA	TIMIZA	8009019	KR 72PBIS	KR 72 Q	CL 40C S	194,13



SECTOR	UPZ	CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	ÁREA
TIMIZA	TIMIZA	8008835	CL 41B SUR	TV 74	CL 41A S	660,93
TIMIZA	TIMIZA	8008578	CL 41B SUR	CL 41A S	KR 75A BIS	290,01
TIMIZA	TIMIZA	8008465	CL 41B SUR	KR 75A BIS	TV 78	508,1
TIMIZA	TIMIZA	8008128	CL 41B SUR	TV 78	KR 78B	254,13
VALLADOLID	CASTILLA	8001292	CL 8A	KR 81B	KR 81C	230,58

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO

6.1. Campamento principal

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

Fotografía 1. Punto PAC y Centro de acopio



Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

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

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



- Avisos informativos
- Camilla.
- Cartelera SST y de Bioseguridad.

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

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

Tabla 4 Personal SST y AMB

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

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6.3. Personal Contractual Contrato COP-938-2025

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

Tabla 5 Personal Contractual

CARGO	NOMBRE PROFESIONAL
Director De Obra	Rafael Gustavo Solano Osorio
Ingeniero Residente De Obra 1	Javier Hernando Castro Guerrero
Ingeniero Residente De Obra 2	Nelson Alberto Hernández Niño
Especialista En Pavimentos	Diego Caballero Rojas
Especialista En Redes Hidrosanitarias	Ferney David Martínez Penagos
Ingeniero En Costos, Presupuestos Y Programación	Paolo Andrés Bianchi Ganem
Especialista En Geotecnia	Juan Ricardo Troncoso Rivera
Residente Ambiental	Fabio Merck Ramírez Poveda
Residente Seguridad Y Salud En El Trabajo (SST)	Teresa Orozco Rojas
Residente Social	Marcy Alejandra Ovalle Peña
Auxiliar Social	Astrid Yolanda Sánchez Santana
Profesional Ingeniero Arquitecto Actas De Vecindad	Cristian Andrés Rodríguez Fernández



CARGO	NOMBRE PROFESIONAL
Especialista Transito Y Transporte	Yuly Paulin Jaramillo Bolaño

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

6.4. Personal vigente Contrato COP-938-2025

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

Tabla 6 Listado Personal Vigente

FEBRERO 2026 INFORME N°2					
LISTADO DE PERSONAL			RETIROS		
	PERSONAL ANTIGUO	PERSONAL NUEVO	PERSONAL RETIRADO	INGRESO RETIRO	REINTEGROS
Administrativos	14	10	0	0	0
Operativos	5	1	0	0	0
Topografía	2	4	0	0	0
INGEINCOL					
Personal Operativo de obra - Operadores de Maquinaria - Conductores de Volquetas	0	10	0	0	0
CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI					
Personal Operativo de obra - Operadores de Maquinaria - Conductores de Volquetas	0	11	0	0	0
TOTAL, ACTIVOS	21	36	0	0	0

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Anexo 1 Listado Personal

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO

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

- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos (**Ver Anexo N°2**)
- ✓ Revisión de exámenes de ingreso (**Ver Anexo N°2**)
- ✓ Inspección de elementos de emergencias (**Ver Anexo N°10**)
- ✓ Inspección Frentes de Obra y Punto PAC (**Ver Anexo N°10**)
- ✓ Instalación de Cartelera SST informativas (**Ver Anexo N°17**)
- ✓ Orden y Aseo (**Ver Anexo N°17**)
- ✓ Charlas informativas (**Ver Anexo N°5**)
- ✓ Capacitación de personal (**Ver Anexo N°4**)
- ✓ Acompañamiento Reunión Inicio CIV'S 8009556, 8010914, 8009549, 8010695 (**Ver Anexo N°17**)



7.1. Inducción

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

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

Tabla 7 Inducciones Periodo

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

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

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

Anexo 2 Documentación Personal (Planillas E Inducciones)

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

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

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo.
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Sistema General de Seguridad Social SGSS y Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, se le explica al trabajador la funcionalidad, derechos y deberes.



- ✓ Accidentes de trabajo, definición según la ley, procedimiento ante el reporte, cuando no aplica un evento como accidente de trabajo, casos reales de accidentes de trabajo.
- ✓ Enfermedad Laboral, definición según la Ley, casos reales y socialización.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.

7.3. Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 3 Certificado Parafiscales



7.4. Capacitación Personal

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

Durante este periodo, se realizaron las capacitaciones en los siguientes temas:

Tabla 8 Capacitación Mensual

CAPACITACIÓN - FEBRERO 2026						
Nº DE INFORME	FECHA	TEMAS A DESARROLLAR	CIV	NUMERO DE ASISTENTES	TIEMPO	H/H.C
2	19/02/2026	RIESGOS EXISTENTES EN OBRA	8009556 8009549	13	0:10:00	02:10:00

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Tabla 9 Charlas Informativas

CHARLAS FEBRERO 2026					
No	FECHA	TEMA	NUMERO DE ASISTENTES	TIEMPO	H/H.C
2	19/02/2026	SEGURIDAD EN USO DE ESCALERAS	13	0:10:00	02:10:00

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

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

Anexo 4 Capacitación Personal

Anexo 5 Charlas Informativas

8. COMITÉS DE OBRA

Los comités de seguimiento se realizan en las oficinas de la alcaldía local de Kennedy con la asistencia y participación de la supervisión, el grupo de profesionales de la Interventoría Savimac S.A.S y el Consorcio Vial Kennedy 2025.

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

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

Anexo 6 Acta Comité Componente SST



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

Se realizó la Conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) de acuerdo al Artículo 2 de la resolución 2013 de 1986, el cual se reunirá una vez al mes.

Durante el periodo en mención el comité se reunió el día 25 de Febrero del 2026 y se llevó a cabo el mismo, no se presentaron compromisos para el siguiente comité.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante VER:

Anexo 7 Acta Conformación COPASST y Acta reunión N°1

8.2. Comité de Convivencia Laboral

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

Durante el periodo en mención el comité se reunió el día 25 de Febrero del 2025 y se llevó a cabo el mismo, no se presentaron compromisos para el siguiente comité.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante VER:

Anexo 8 Acta Conformación CCL y Acta reunión N°1

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

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

9.1. Exámenes de Ingreso

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



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

9.2. Exámenes de Egreso

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

10. DIVULGACIÓN PROCEDIMIENTOS TRABAJO SEGURO

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

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

10.2. Entrega y Reposición de EPP.

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

Anexo 9 Entrega EPP y DOTACIÓN

10.3. Registro de Inspecciones Efectuadas

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



Tabla 10 Inspecciones Mensuales

Nº INFORME	PERIODO DE INFORME	INSPECCIONES REALIZADAS	Nº TOTAL DE INSPECCIONES
1	01 FEBRERO 2026 AL 28 DE FEBRERO 2026	INSPECCIÓN LOCATIVA	4
		INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO	4
		INSPECCIÓN SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD	4
		INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	4
		INSPECCIÓN EXTINTOR	4
		INSPECCIÓN BOTIQUIN	4

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025

Anexo 10 Inspecciones Mensuales

10.4. Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos

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

Durante el periodo del presente informe, se realizaron actividades de inspección preoperacional a la maquinaria y vehículos que se encuentran operando dentro de los frentes de obra, así mismo la maquinaria y vehículos se encuentran con el respectivo sticker de identificación.

Anexo 11 Documentación Vehículos y Volquetas

Anexo 12 Documentación Maquinaria

Anexo 13 Relación Maquinaria, Vehículos y Volquetas

Para el presente periodo se contó con la siguiente maquinaria en obra:

Tabla 11 Relación de Maquinaria en Obra

FEBRERO DE 2026										
MAQUINARIA										
No.	CONTRATO	EMPRESA	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C	CARGO	MAQUINA	#MOVIL	MODELO	FECHA INGRESO	OBSERVACIÓN
1	COP-816-2025	INGEINCOL	ERIK STEVEN ARIAS MUÑOZ	1.024.555.933	OPERADOR MAQUINARIA	RETROEXCAVADORA SHANTUI SE75		2023	16/2/2026	N/A
2	COP-816-2025	INGEINCOL	VICTOR MANUEL RUBIO CONTRERAS	1.065.667.734	OPERADOR MAQUINARIA	MINICARGADOR NEW HOLLAND L220		2012	16/2/2026	N/A
3	COP-816-2025	INGEINCOL	MISAEAL CUEVAS	4.085.787	OPERADOR MAQUINARIA	VIBROCOMPACTADOR INGERSOLL RAND		2006	16/2/2026	N/A

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025.

Anexo 14 Preoperacionales Maquinaria

Durante el presente periodo se contaron con los siguientes vehículos en obra:



Tabla 12 Relación Vehículos en Obra

INFORME N°2 (FEBRERO)														
CONDUCTORES			RELACION VEHICULOS Y VOLQUETAS											
N°	NOMBRE CONDUCTOR	CEDULA	PLACA	MARCA	LICENCIA TRANSITO	PIN	MODELO	N° MOVIL	N° SOAT	VENCE	N° REVISION TECNICO MECANICA	VENCE	CONTRATISTA	OBSERVACIONES
1	HENRY DURAN CAÑON	79.117.772	WGG432	TOYOTA	10028303080	N/A	2015		93602587	30/10/2026	184927590	29/10/2026	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CAMONETA CONSORCIO
2	JHON GALVIS LAVERDE	79.747.388	SMA491	CHEVROLET	10027295848	N/A	2006		90733201611559958	2/03/2026	179852112	27/02/2026	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CAMONETA CONSORCIO
3	JULIO LOPEZ MORENO	80.385.405	WLL368	FOTON	10032695031	N/A	2015		3100023624	25/02/2026	181537794	3/06/2026	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CAMION CONSORCIO
4	MICHAEL STEVEN BEJARANO RIANO	1.034.658.269	LUN060	JMC	10029706177	N/A	2023		2020102099701	16/03/2026	180284580	18/03/2026	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CAMION CONSORCIO
5	RODOLFO VELASQUEZ CASTILLO	79.553.175	SMD276	KENWORTH	10026749508	3514	2009		91677934-612403929	23/06/2026	182802315	26/07/2026	INGENICOL	N/A
6	LUIS CARLOS CABALLERO	79.210.190	AFE182	CHEVROLET	10018919624	16756	1956		3308006347171000	7/02/2027	187525338	7/02/2027	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	N/A

Fuente: Consorcio Vial Kennedy 2025.

Anexo 15 Preoperacionales Vehículos y Volquetas

10.5. Traslado de Maquinaria, Equipos y Cargas

Nota. Para el presente periodo no se presentó traslados de maquinaria y equipos en los frentes de obra.

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

11.1. Reporte de Accidentes e Incidentes

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

11.2. Estadísticas de Accidentalidad

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

11.3. Estadísticas de Ausentismo Laboral

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

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

Anexo 16 Indicadores Accidentalidad y Ausentismo



12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

12.1. Trabajo Seguro en Excavación

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

Para el presente periodo las actividades de excavaciones realizadas en los frentes de obra no superan los dos metros de profundidad, las cuales no requieren instalación de entibados ni equipo de trabajo en alturas.

12.2. Trabajo en Alturas

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

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

Para el presente periodo las actividades de excavaciones realizadas en los frentes de obra no superan los dos metros de profundidad, las cuales no requieren instalación de entibados ni equipo de trabajo en alturas.

12.3. Izaje mecánico de cargas

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

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

12.4. Manipulación de Redes Eléctricas

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



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

13. CONCLUSIONES

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

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

Se logro capacitar a todo el personal vigente en el contrato en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Anexo 17 Registro Fotográfico

ANEXO N°1

FORMATO
LISTADO DE PERSONAL

CONTRATISTA																											
CONTRATO No																											
CONTRATISTA / CONSULTOR																											
OBJETO																											
DATOS DEL TRABAJADOR												ARL			EPS			AFP			CCF			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			VALORACIÓN INGRESO
Nº	EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	ESTADO	NOMBRE ARL	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE EPS	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE AFP	FECHA AFLIACION	FECHA PAGO	NOMBRE CCF	FECHA AFLIACIÓN	FECHA PAGO	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO				
1	CONSORCIO SUBA VIAL	RAFAEL GUSTAVO SOLANO OSORIO	79243286	DIRECTOR DE OBRA	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	10/02/2026	SANITAS	N.A.P	10/02/2026	COLPENSIONES	N.A.P	10/02/2026	COMPENSAR	N.A.P	10/02/2026	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
2	CONSORCIO COCO	JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO	98388497	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 1	TEUSAQUILLO	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	2/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	31/01/2026	N.A.P	PORVENIR	2/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	N.A.P	N.A.P	6/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO			
3	CONSORCIO VIAS CB 2024	NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO	80820454	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA 2	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	13/03/2026	FAMISANAR	N.A.P	13/03/2026	PORVENIR	N.A.P	13/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	13/03/2026	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
4	DIEGO CABALLERO ROJAS	DIEGO CABALLERO ROJAS	1024547185	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	28/01/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	28/01/2026	SKANDIA	N.A.P	28/01/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
5	FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS	FERNEY DAVID MARTINEZ PENAGOS	1015416017	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	5/02/2026	SANITAS	N.A.P	5/02/2026	PORVENIR	N.A.P	5/02/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
6	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM	1020799464	INGENIERO EN COSTOS, PRESUPUESTOS Y PROGRAMACIÓN	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	6/03/2026	SANITAS	N.A.P	6/03/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	6/03/2026	COMFACOR	N.A.P	6/03/2026	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
7	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	80026555	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA	USAQUÉN	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	10/02/2026	SANITAS	N.A.P	10/02/2026	COLFONDOS	N.A.P	10/02/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
8	FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA	79691429	RESIDENTE AMBIENTAL	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	25/01/2026	SANITAS	N.A.P	25/01/2026	COLPENSIONES	N.A.P	25/01/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	13/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
9	TERESA OROZCO ROJAS	TERESA OROZCO ROJAS	51855638	RESIDENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TEUSAQUILLO	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	2/02/2026	N.A.P	NUEVA EPS	31/01/2026	N.A.P	PORVENIR	2/02/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
10	CONSORCIO CONKENNEDY VIAL	MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA	1013636724	RESIDENTE SOCIAL	MARTIRES	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	2/02/2026	N.A.P	SURA	31/01/2026	N.A.P	PORVENIR	2/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
11	CONSORCIO KAPATIVA	ASTRID YOLANDA SÁNCHEZ SANTANA	1023945283	AUXILIAR SOCIAL	TEUSAQUILLO	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	10/02/2026	COMPENSAR	N.A.P	10/02/2026	PORVENIR	N.A.P	10/02/2026	COMPENSAR	N.A.P	10/02/2026	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
12	CONSORCIO SAN PROTO	CRISTIAN ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ	1019101939	INGENIERO ARQUITECTO ACTAS DE VECINDAD	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	10/02/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	10/02/2026	PORVENIR	N.A.P	10/02/2026	COMPENSAR	N.A.P	10/02/2026	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
13	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	YULY PAULIN JARAMILLO BOLAÑO	32907266	ESPECIALISTA TRÁNSITO Y TRANSPORTE	PUENTE ARANDA	16/12/2025	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	5/02/2026	SURA	N.A.P	5/02/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	5/02/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	14/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
14	HENRY DURAN CAÑÓN	HENRY DURAN CAÑÓN	79117772	CONDUCTOR CAMIONETA	CIUDAD BOLIVAR	2/02/2026	N/A	NUEVO	POSITIVA	2/02/2026	24/02/2026	COMPENSAR	2/02/2026	24/02/2026	N/A	N.A.P	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P		N.A.P	N.A.P				
15	JHON GALVIS LAVERDE	JHON GALVIS LAVERDE	79747388	CONDUCTOR CAMIONETA	PUENTE ARANDA	2/02/2026	N/A	NUEVO	POSITIVA	N.A.P	10/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	10/03/2026	PORVENIR	N.A.P	10/03/2026	N/A	N.A.P	N.A.P		N.A.P	N.A.P				
16	JULIO LOPEZ MORENO	JULIO LOPEZ MORENO	80385405	CONDUCTOR CAMION	SOACHA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	N.A.P	1/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	1/03/2026	PORVENIR	N.A.P	1/03/2026	CAFAM	N.A.P	1/03/2026		N.A.P	N.A.P				
17	MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO	MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO	1034658269	CONDUCTOR CAMION	BOSA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	27/02/2026	12/02/2026	SALUD TOTAL	27/02/2026	12/02/2026	PORVENIR	27/02/2026	12/02/2026	N/A	N.A.P	N.A.P		N.A.P	N.A.P				
18	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JORGE ANDRES VEGA BRAVO	1120750763	INSPECTOR TÉCNICO	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	NUEVA EPS	N.A.P	11/03/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
19	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	ARIEL QUINTANILLA CAMACHO	79701011	CADENERO 1	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	COLPENSIONES	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
20	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	LUIS ALEJANDRO LEGUIZAMON PERILLA	4148422	CADENERO 2	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	11/03/2026	COLPENSIONES	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
21	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JOHN SEBASTIAN SALOM PARRA	1014241034	INSPECTOR TÉCNICO	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	FAMISANAR	N.A.P	11/03/2026	PORVENIR	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	14/03/2026	N.A.P	N.A.P				
22	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	YEMMY ALEJANDRA ANGARITA OLARTE	1000775159	INSPECTOR TÉCNICO	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	SANITAS	N.A.P	11/03/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	14/03/2026	N.A.P	N.A.P				
23	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	MARIO ANDRES ARAGON	79973228	ALMACENISTA	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	FAMISANAR	N.A.P	11/03/2026	PORVENIR	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
24	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	OMAR ANTONIO AVILES ACOSTA	92188878	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	11/03/2026	COLPENSIONES	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
25	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JOHELVIS ENRIQUE PEÑA AMAYA	1118579454	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	11/03/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	31/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
26	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	MOISES JOAQUIN OLIVO PEÑA	1043980895	AFORADOR	KENNEDY	14/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	SALUD TOTAL	N.A.P	11/03/2026	PORVENIR	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	14/03/2026	N.A.P	N.A.P				
27	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	LUIS FERNANDO CAUSIL MONTALVO	1073811664	AFORADOR	KENNEDY	19/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	NUEVA EPS	N.A.P	11/03/2026	PROTECCIÓN	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	17/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
28	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS	1003404397	BOAL	KENNEDY	19/01/2026	N/A	ANTIGUO	SURA	N.A.P	11/03/2026	MUTUAL SER	N.A.P	11/03/2026	COLFONDOS	N.A.P	11/03/2026	COMPENSAR	N.A.P	11/03/2026	17/01/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
29	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CESAR JEFFERSON MARTINEZ CASTRO	79891792	TOPÓGRAFO	TEUSAQUILLO	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	19/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
30	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JOSE DE LOS SANTOS ARIZA ROJAS	79398418	TOPÓGRAFO	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	FAMISANAR	20/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
31	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA	1030612556	INSPECTOR TÉCNICO	BOSA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	19/02/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
32	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	ANGI VIVIANA SANDOVAL HERRERA	1030588638	AUXILIAR SST	BOSA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	SANITAS	5/03/2026	N.A.P	COLPENSIONES	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
33	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO	1143236628	CADENERO 2DO	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	20/02/2026	N.A.P	PORVENIR	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			
34	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	CRISTIAN DAVID GARZON CASTRO	1030651862	CADENERO 1RO	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	20/02/2026	N.A.P	PORVENIR	20/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	5/03/2026	N.A.P	14/03/2026	N.A.P	N.A.P	APTO			

35	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	GONZALO AREVALO AVILA	4269011	OFICIAL	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	16/02/2026	N.A.P	FAMISANAR	20/02/2026	N.A.P	COLFONDOS	25/02/2025	N.A.P	COMPENSAR	20/02/2026	N.A.P				
36	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	KAREN LORENA SANDOVAL HERRERA	1012329700	AUXILIAR SOCIAL	BOSA	19/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	19/02/2026	N.A.P	SANITAS	19/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	24/03/2026	N.A.P	COMPENSAR	19/02/2026	N.A.P	1/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
37	INGEINCOL	YUDIER ANTONIO BUENO TAPASCO	1059703868	INSPECTOR DE OBRA	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	7/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	16/02/2026	N.A.P	PORVENIR	16/02/2026	N.A.P	CAFAM	16/01/2026	N.A.P	14/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
38	INGEINCOL	JONATHAN DAVID VILLADIEGO PEREZ	7938508	OFICIAL	SOACHA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	13/02/2026	N.A.P	PORVENIR	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	10/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
39	INGEINCOL	ERIK STEVEN ARIAS MUÑOZ	1024555933	OPERADOR MAQUINARIA	CIUDAD BOLIVAR	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	COMPENSAR	13/02/2026	N.A.P	PORVENIR	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	7/05/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
40	INGEINCOL	VICTOR MANUEL RUBIO CONTRERAS	1065667734	OPERADOR MAQUINARIA	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	14/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	13/02/2026	N.A.P	COLFONDOS	13/01/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	7/03/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
41	INGEINCOL	MISAEEL CUEVAS	4085787	AYUDANTE	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	13/02/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	11/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
42	INGEINCOL	REMI ANTONIO PINTO BLANCO	84083565	AYUDANTE	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	13/02/2026	N.A.P	PORVENIR	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	10/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
43	INGEINCOL	JOSE POLICARPO IPIA VARGAS	4731820	AYUDANTE	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	13/02/2026	N.A.P	COLFONDOS	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	11/09/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
44	INGEINCOL	RAFAEL ANTONIO DIAZ FINO	5571903	OFICIAL	BOSA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	16/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	16/02/2026	N.A.P	CAFAM	16/01/2026	N.A.P	10/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
45	INGEINCOL	LAZARO FONSECA RODRIGUEZ	74333180	AYUDANTE	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	16/01/2026	N.A.P	COLFONDOS	13/01/2026	N.A.P	CAFAM	16/01/2026	N.A.P	11/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
46	INGEINCOL	RICARDO CARRILLO RINCON	80366669	OFICIAL	BOSA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	5/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	13/02/2026	N.A.P	COLPENSIONES	13/02/2026	N.A.P	CAFAM	13/02/2026	N.A.P	10/12/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
47	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	WILSON GIOVANY OJEDA SILVA	1053684048	OFICIAL	SOACHA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	29/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	5/02/2026	N.A.P	PROTECCIÓN	16/09/2025	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	16/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
48	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	NESTOR ALBERTO REYES SOLER	4226971	OFICIAL	SOACHA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	7/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	14/01/2026	N.A.P	PORVENIR	5/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	13/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
49	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	JOSE GUILLERMO GAMEZ DIAZ	7330633	AYUDANTE	KENNEDY	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	7/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	14/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	5/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	13/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
50	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	PEDRO ANTONIO LOPEZ GONZALEZ	7330452	AYUDANTE	KENNEDY	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	29/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	29/01/2026	N.A.P	N/A	N.A.P	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	4/10/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
51	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	ARISTIDES PARDO NIÑO	13526015	AYUDANTE	KENNEDY	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	29/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	29/01/2026	N.A.P	COLFONDOS	9/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	29/09/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
52	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	LUIS ALFONSO ORTIZ GALINDO	4248728	OFICIAL	SOACHA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	29/01/2026	N.A.P	FAMISANAR	29/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	16/09/2025	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	13/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
53	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	ALFONSO GARRIDO WALLIS	83085354	AYUDANTE	KENNEDY	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	7/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	9/01/2026	N.A.P	COLPENSIONES	16/09/2025	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	13/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
54	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	EDWIN STIVEN MALAMBO AROCA	1233490149	OFICIAL	CIUDAD BOLIVAR	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	7/01/2026	N.A.P	NUEVA EPS	10/01/2026	N.A.P	PORVENIR	5/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P	13/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO
55	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	CARLOS ANDRES SANTANA JIMENEZ	80246263	CONDUCTOR VOLQUETA	BOSA	2/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	29/01/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	29/01/2026	N.A.P	PORVENIR	9/10/2025	N.A.P	COMPENSAR	30/01/2026	N.A.P				
56	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	LUIS CARLOS CABALLERO	79210190	CONDUCTOR VOLQUETA	SOACHA	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	17/02/2026	N.A.P	SALUD TOTAL	17/02/2026	N.A.P	COLFONDOS	19/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	17/02/2026	N.A.P	1/09/2025	N.A.P	N.A.P	APTO
57	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI	JOSE HUMBERTO POVEDA GONZALEZ	80231144	CONDUCTOR VOLQUETA	KENNEDY	16/02/2026	N/A	NUEVO	SURA	17/02/2026	N.A.P	FAMISANAR	18/02/2026	N.A.P	COLFONDOS	19/02/2026	N.A.P	COMPENSAR	17/02/2026	N.A.P	16/02/2026	N.A.P	N.A.P	APTO

ANEXO N°2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901983554-4	CONSORCIO SUBA VIAL		KR 15 93 A 84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 personas			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49226741	10/02/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$12,717,791	\$5.615.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	833.600	0		0		0	0	0	0	833.600	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	268.800	0		0		0	0	0	0	268.800	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	487.500	0		0		0	0	0	0	487.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	968.000	0	0	0	0	0	0		968.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.067.000	0	0	0	0	0	0		1.067.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	868.300				868.300	0	0	868.300			8.683	868.300	4

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	499.000	0
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						0	499.000
						0	499.000
							No. Afiliados
							4

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
249.500	0	0	249.500	4
ICBF				
374.200	0	0	374.200	4
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.589.900	1.589.900
Pensión	2	2.035.000	2.035.000
Riesgos Laborales	1	868.300	868.300
CCF	1	499.000	499.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	374.200	374.200
MEN	0	0	0
SENA	1	249.500	249.500
TOTALES	9	5.615.900	5.615.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901983554-4	CONSORCIO SUBA VIAL		KR 15 93 A 84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49226741	10/02/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$12,717,791	\$5.615.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	VST	SLA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1233338150	CAICEDO CARVAJAL OMAR	1	0		N	X																	230301	3.900.000	26	624.000	0	0	0	0	ESSC07	3.900.000	26	487.500	14-11	3.900.000	26	5	271.500	CCF24	3.900.000	26	156.000	3.900.000	78.000	117.000	0	0
2	CC 51855638	OROZCO ROJAS TERESA	1	0		N	X																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS037	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
3	CC 52254239	MURCIA ANDRADE MONICA PATRICIA	1	0		N	X																	25-14	1.290.000	18	206.400	0	0	0	0	EPS005	1.290.000	18	161.300	14-11	1.290.000	18	5	89.800	CCF24	1.290.000	18	51.600	1.290.000	25.800	38.700	0	0
4	CC 79243286	SOLANO OSORIO RAFAEL GUSTAVO	1	0		N																		25-14	5.133.333	28	821.400	0	0	0	0	EPS005	5.133.333	28	641.700	14-11	5.133.333	28	5	357.300	CCF24	5.133.333	28	205.400	5.133.333	102.700	154.000	0	0
5	CC 79243286	SOLANO OSORIO RAFAEL GUSTAVO	1	0		N											X							25-14	244.458	2	39.200	0	0	0	0	EPS005	244.458	2	30.600	14-11	244.458	2	5	0	CCF24	244.458	2	0	244.458	0	0	0	0



N° 39.933

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PROCOT INGENIERIA SAS				CONSORCIO COCO			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO				MASCULINO	52 AÑOS 4 MESES 26 DÍAS	CC	98388497
						Tipo	Número
Cargo							
DIRECTOR DE OBRA							
EPS		AFP			ARL		
EPS COMPENSAR		COLPENSIONES			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE							
Observaciones: EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCION PARA EL CARGO CON USO DE GAFAS PERMANENTES							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
OPTOMETRIA				✓	ESPIROMETRIA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL			HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONTROL DE PESO, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA DE ACUERDO A SU CAPACIDAD FUNCIONAL. ERGONOMÍA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 79130672 - IVAN LEONARDO MOGOLLON				Nombre: CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO			
R. M.: 79130672 L.S.O.: 1559 13/02/20				CC: 98388497			



Código de Seguridad
R622X1D39933

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **98.388.497**

CASTRO GUERRERO

APELLIDOS

JAVIER HERNANDO

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1973**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-NOV-1992 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0721700-00891377-M-0098388497-20170327

0054572653G 1

9999423504

Medellín, 02 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO identificado(a) con C98388497 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C983884972603335781

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO identificado(a) con Cedula Ciudadania 98.388.497, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240829	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Enero de 2026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30521794

CER-AFI



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.388.497**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





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

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	02 Febrero 2026
CARGO	Ingeniero Residente de Obra 1		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caida, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ingeniero Residente de obra 1.NOTIFICADO: S^oNOMBRE: Javier Hernando Castro GuerreroFIRMA: [Firma manuscrita]C.C.: 98388497

	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): Javier Hernando Castro Guerrero, identificado con cédula de ciudadanía N°: 98388497 de Pasto que con motivo del desempeño de sus labores como Ingeniero Residente de obra 1 en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

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

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

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

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

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

Firma del Trabajador: 13.17

Fecha de Notificación: 02 Febrero 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: 02 Febrero 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: 

Nombre: Javier Hernando
Castro Guerrero

Cédula: 98388497

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Javier Hernando Castro Guerrero CARGO: Ingeniero Residente de obra 1.

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Feb 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? _____

Yo Javier Heronido Castro Guerrero Identificad@ con documento de identidad N° 98388497 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 JEH

La empresa **CONSORCIOVIASCB2024**, identificada con **NI** número **901846534**, aportó por **NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO** identificado(a) con **CC** número **80820454** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2026 y 02 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E T	T D E	T A E	T D P	T A P	V S P	V S T	S L N	I G E	L M A	V A C	A V P	V C T	I R P	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		28	\$4,200,000	0.06960	\$292,400	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
14-11	ARL SURA	1												X			0		2	\$300,000	0.00000	\$0	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1															0		28	\$4,200,000	0.04000	\$168,000	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1												X			0		2	\$300,000	0.04000	\$12,000	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		28	\$4,200,000	0.04000	\$168,000	\$0	\$0	Febrero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1												X			0		2	\$300,000	0.04000	\$12,000	\$0	\$0	Febrero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		28	\$4,200,000	0.16000	\$672,000	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si
230301	Porvenir	1												X			0		2	\$300,000	0.16000	\$48,000	\$0	\$0	Enero - 2026	49074180	13/03/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **Marzo** de **2026**

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024547185	DIEGO CABALLERO ROJAS		Carrera 86 # 17-96 Apartamento 3607	3194614792	caballerodr93@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2026-01	2026-01	I	28/01/2026	43815454	\$1.113.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	450.000	0		0		0	0	0	0	450.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	87.700				87.700	0	0	87.700			877	87.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	450.000	450.000
Pensión	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	87.700	87.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.113.700	1.113.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024547185	DIEGO CABALLERO ROJAS		Carrera 86 # 17-96 Apartamento 3607	3194614792	caballerodr93@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	28/01/2026	43815454	\$1.113.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024547185	CABALLERO ROJAS DIEGO	59	0		N																		230901	3.600.000	576.000	0	0	0	0	EPS002	3.600.000	450.000	14-23	3.600.000	3	87.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	47734807	\$912.000	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	47734807	\$912.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC	1015416017	MARTINEZ PENAGOS FERNEY DAVID	3	0		N																		230301	3.200.000	512.000	0	0	0	0	0	EPS005	3.200.000	400.000	0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Se certifica que PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM identificado(a) con CC 1020799464 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BIANCHI GANEM PAOLO ANDRES CC 1020799464																									
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl
9501133999	118241688	I	2026-03-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																
9501133999	118241688	I	2026-03-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																
9501133999	118241688	I	2026-03-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																
9501133999	118241688	I	2026-03-06	CCF	CCF16	COMFACOR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	30																

Este certificado se expide el día 2026-03-20 a las 10:03.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	49764783	\$499.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

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

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80026555	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA		CL 70A 57B 34	3206185	juanricardotroncoso@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	49764783	10
					TOTAL A PAGAR
					\$499.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	80026555	TRONCOSO RIVERA JUAN RICARDO	3	0		N																		231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79691429	NÚMERO PLANILLA:		6001471716
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES
CIUDAD/MUNICIPIO:		BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	FABIO MERCK RAMÍREZ POVEDA	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES
DIRECCIÓN:		CRA 116 B 77-33 IN 1 AP 503	TELÉFONO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		5312694
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/26
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act			
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO					
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO			

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 640.000	\$ 0	\$ 640.000
SUBTOTALES:										\$ 640.000	\$ 0	\$ 640.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000
SUBTOTALES:									\$ 500.000				\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 97.500	\$ 97.500	\$ 0	\$ 0	\$ 97.500
SUBTOTALES:									\$ 97.500	\$ 0	\$ 0	\$ 97.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	1	\$ 80.000	\$ 0	\$ 80.000
SUBTOTALES:			\$ 80.000	\$ 0	\$ 80.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN
SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																																				
1	CC 79691429	RAMIREZ POVEDA FABIO MERCK	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 4.000.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 4.000.000	\$ 640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 640.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 4.000.000	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 4.000.000	79691429	\$ 97.500	30	\$ 4.000.000	SCCF21-CAFAM	\$ 80.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 1.317.500
----------------------	---------------------

N2024/458
NIT. 900.133.753-3

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

No.21213

FECHA: 14/01/2026
NOMBRE: TERESA OROZCO ROJAS
PESO: 65 KG
EMPRESA: INDEPENDIENTE
EPS: NUEVA EPS
PRE-OCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

IDENTIFICACIÓN: 51.855.638
EDAD: 59 AÑOS
GÉNERO: F
NIT:
CARGO: RESIDENTE SST

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

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

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



Teresa Orozco Rojas

FIRMA DEL PACIENTE



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

WWW.LINEADEVIDAIPS.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.855.638**
OROZCO ROJAS

APELLIDOS
TERESA

NOMBRES

Teresa Orozco Rojas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1966**

PUERTO BOYACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

24-JUN-1985 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2900700-00306878-F-0051855638-20110609

0027173669A 1

5020554194

Medellín, 02 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que TERESA OROZCO ROJAS identificado(a) con C51855638 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www. arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C518556382603335444



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) TERESA OROZCO ROJAS identificado(a) con CC 51855638 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/02/2011
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	VIVA 1A IPS LAS AMERICAS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de enero del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



**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:

TERESA OROZCO ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.855.638**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





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

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	02 Febrero 2026
CARGO	Residente Seguridad Y Salud Trabajo		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, pérdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caida, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Residente Seguridad Salud Trabajo.NOTIFICADO: S^{te}NOMBRE: Terceda Orozco RojasC.C.: 51855638

FIRMA:

Cecilia Orozco Rojas

	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): Tereza Orozco Rojas, identificado con cédula de ciudadanía N°: 51855638 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Residente SST 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: 02 Febrero 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: 02 Febrero 2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

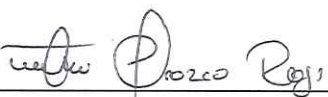
Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

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: 

Nombre: Tereza Orozco Rojas

Cédula: 51855638

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01****Diciembre 2025****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN**NOMBRE: Teresa Orozco Rojas CARGO: Residente SSTINDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Feb 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		<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****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01****Diciembre 2025**

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes			
	B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador	X		
	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.			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)		X	
	C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL			

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

Yo Teresa Orozco Rojas Identificad@ con documento de identidad N° 51855638 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 Teresa Orozco Rojas

N2024/458
NIT. 900.133.753-3

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

No.21214

FECHA: 14/01/2026
NOMBRE: MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA
PESO: 56 KG
EMPRESA: INDEPENDIENTE
EPS: SURA
PRE-OCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

IDENTIFICACIÓN: 1.013.636.724
EDAD: 33 AÑOS
GÉNERO: F
NIT:
CARGO: RESIDENTE SOCIAL

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

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

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




FIRMA DEL PACIENTE



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

WWW.LINEADEVIDAIPS.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.636.724**

OVALLE PEÑA

APELLIDOS

MARCY ALEJANDRA

NOMBRES



[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

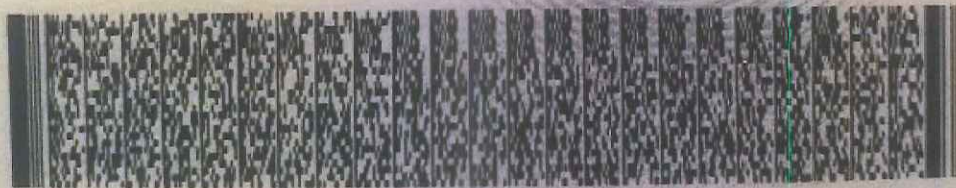
F

SEXO

02-DIC-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00508673-F-1013636724-20131114

0035762253A 2

1302610628

Medellín, 02 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA identificado(a) con C1013636724 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10136367242603333453

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1013636724** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013636724
NOMBRES Y APELLIDOS	MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA
TIPO DE AFILIADO	COTIZANTE
PARENTESCO	N/A
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	02/01/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1001
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	36

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 31/01/2026

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

EPS SURAMERICANA S.A

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

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

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com



**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:

MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.636.724**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



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

Código: FO-SST-011

Versión: 01

Noviembre de 2025

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO		FECHA	02 Febrero 2026
CARGO	Residente Social		AREA	ADMINISTRATIVA
FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afecciones al sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y aplicación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de tránsito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de tránsito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

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

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Nancy Alejandra Ovalle Peña

C.C.: 1013636724

FIRMA:

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

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Marcy Alejandro Ovalle Peña, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1013636724 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Residente Social en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

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

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

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

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

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

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 02 Febrero 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: 02 Febrero 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** _____

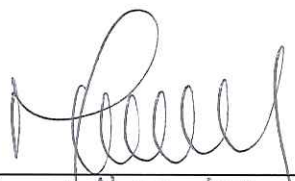
Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre:

Cédula:


Marcy Alejandra
Ovalle Peña
1013636724

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Marcy Alejandra Ovalle Peña CARGO: Residente Social

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Febrero 26

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

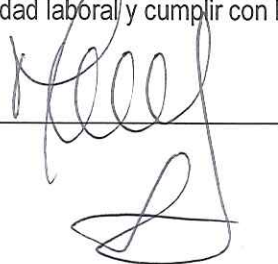
De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.			
	B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.	X		
	C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.			
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos.			
	B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.			
	C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			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		X	
	C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí			
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			
	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			
	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			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 Marcy Alejandra Valle Peña Identificad@ con documento de identidad N° 1018686724 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. 

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901845086-8	CONSORCIO KAPATIVA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 personas	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48990036	10/02/2026	26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$59,694,631	\$17.767.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	442.000	0		0		0	0	0	0	442.000	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	598.600	0		0		0	0	0	0	598.600	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	376.000	0		0		0	0	0	0	376.000	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	246.000	0		0		0	0	0	0	246.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	434.500	0		0		0	0	0	0	434.500	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	163.900	0		0		0	0	0	0	163.900	2
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	93.000	0		0		0	0	0	0	93.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	16.400	0		0		0	0	0	0	16.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	380.600	0	0	0	0	0	0		380.600	2
230301	Porvenir	800224808-8	5.393.800	0	0	0	0	0	0		5.393.800	16
231001	Colfondos	800227940-6	312.000	0	0	0	0	0	0		312.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.984.600	0	0	40.000	40.000	0	0		3.064.600	6

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	3.923.600				3.923.600	0	0	3.923.600			39.236	3.923.600	26

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	2.322.700
				Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
				0	0	2.322.700	26

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901845086-8	CONSORCIO KAPTIVA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 personas	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48990036	10/02/2026	26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$59,694,631	\$17.767.700	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.370.400	2.370.400
Pensión	4	9.151.000	9.151.000
Riesgos Laborales	1	3.923.600	3.923.600
CCF	1	2.322.700	2.322.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	17.767.700	17.767.700

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901845086-8	CONSORCIO KAPATIVA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48990036	10/02/2026	26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$59,694,631	\$17.767.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Typo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TRE	TAE	TIP	TAP	USP	SAJ	USE	LMA	VAC	AVP	VCT	VCIT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1000353922	SALINAS RAMIREZ LUZ ANGIE	1	0			S								X									230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	86.000	14-4	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0	
2	CC 1000621601	RODRIGUEZ PAEZ CRISTIAN DAVID	1	0			S	X						X										230301	408.545	7	65.400	0	0	0	0	EPSC34	408.545	7	16.400	14-4	408.545	7	5	28.500	CCF24	552.119	7	22.100	0	0	0	0	0	
3	CC 1000623530	LOPEZ GUTIERREZ CRISTIAN DAVID	1	0			S																	25-14	1.935.000	27	309.600	0	0	0	0	EPS008	1.935.000	27	77.400	14-4	1.935.000	27	5	134.700	CCF24	1.935.000	27	77.400	0	0	0	0	0	
4	CC 1000623530	LOPEZ GUTIERREZ CRISTIAN DAVID	1	0			S											X						25-14	215.000	3	34.400	0	0	0	0	EPS008	215.000	3	8.600	14-4	215.000	3	5	0	CCF24	215.000	3	8.600	0	0	0	0	0	
5	CC 1003825740	BUELVAS PEÑA LUIS MIGUEL	1	0			S																	25-14	3.300.000	30	528.000	0	0	0	0	EPS010	3.300.000	30	132.000	14-4	3.300.000	30	5	229.700	CCF24	3.300.000	30	132.000	0	0	0	0	0	
6	CC 1007639630	CAÑATE DIAZ LUIS ENRIQUE	1	0			S							X	X									230301	2.322.934	30	371.700	0	0	0	0	EPS042	2.322.934	30	93.000	14-4	2.322.934	30	5	161.700	CCF24	2.322.934	30	93.000	0	0	0	0	0	
7	CC 1010134754	MOSQUERA MOSQUERA DEINER	1	0			S	X							X									230201	477.537	7	76.500	0	0	0	0	EPS002	477.537	7	19.200	14-4	477.537	7	5	33.300	CCF24	532.870	7	21.400	0	0	0	0	0	
8	CC 1012363203	TRUJILLO SUAREZ YESID ALEXANDER	1	0			S							X	X									230301	1.800.647	30	288.200	0	0	0	0	EPS002	1.800.647	30	72.100	14-4	1.800.647	30	5	125.400	CCF24	1.800.647	30	72.100	0	0	0	0	0	
9	CC 1014184775	AGUILAR GARCIA CAROL TATIANA	1	0			S							X	X									25-14	2.253.295	30	360.600	0	0	0	0	EPS002	2.253.295	30	90.200	14-4	2.253.295	30	5	156.900	CCF24	2.253.295	30	90.200	0	0	0	0	0	
10	CC 1022431501	GALINDO CASALLAS SERGIO ANDRES	1	0			S																	230301	2.295.000	27	367.200	0	0	0	0	EPS017	2.295.000	27	91.800	14-4	2.295.000	27	5	159.800	CCF24	2.295.000	27	91.800	0	0	0	0	0	
11	CC 1022431501	GALINDO CASALLAS SERGIO ANDRES	1	0			S											X						230301	255.000	3	40.800	0	0	0	0	EPS017	255.000	3	10.200	14-4	255.000	3	5	0	CCF24	255.000	3	10.200	0	0	0	0	0	
12	CC 1023945283	SANCHEZ SANTANA ASTRID YOLANDA	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS008	2.150.000	30	86.000	14-4	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0	
13	CC 1030674433	MOREA RAMOS CRISTIAN CAMILO	1	0			S								X									230301	2.010.870	30	321.800	0	0	0	0	EPS005	2.010.870	30	80.500	14-4	2.010.870	30	5	140.000	CCF24	2.010.870	30	80.500	0	0	0	0	0	
14	CC 1031124324	REYES ZAMBRANO OSCAR ANDRES	1	0			S							X										25-14	1.900.000	30	304.000	0	0	0	0	EPS017	1.900.000	30	76.000	14-4	1.900.000	30	5	132.300	CCF24	1.900.000	30	76.000	0	0	0	0	0	
15	CC 1031182293	REYES ZAMBRANO HENRY ISAIAS	1	0			S								X									230201	253.333	4	40.600	0	0	0	0	EPS002	253.333	4	10.200	14-4	253.333	4	5	17.700	CCF24	253.333	4	10.200	0	0	0	0	0	
16	CC 1031182293	REYES ZAMBRANO HENRY ISAIAS	1	0			S															26		230201	1.646.666	26	263.500	0	0	0	0	EPS002	1.646.666	26	65.900	14-4	1.646.666	26	5	0	CCF24	1.646.666	26	0	0	0	0	0	0	
17	CC 1033770907	ORTIZ PARADA SERGIO LEONARDO	1	0			S							X										230301	2.850.000	30	456.000	0	0	0	0	EPS010	2.850.000	30	114.000	14-4	2.850.000	30	5	198.400	CCF24	2.850.000	30	114.000	0	0	0	0	0	
18	CC 1072422125	CAVIEDES CORTES DANIEL FELIPE	1	0			S								X	X								230301	2.327.908	30	372.500	0	0	0	0	EPS037	2.327.908	30	93.200	14-4	2.327.908	30	5	162.100	CCF24	2.327.908	30	93.200	0	0	0	0	0	
19	CC 1073328106	LOZANO FRANCO LUZ ANGELA	1	0			S								X									230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0	
20	CC 1073669016	CAMARGO MARTINEZ DAVID	1	0			S																	230301	1.800.000	27	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	27	72.000	14-4	1.800.000	27	5	125.300	CCF24	1.800.000	27	72.000	0	0	0	0	0	
21	CC 1073669016	CAMARGO MARTINEZ DAVID	1	0			S											X						230301	200.000	3	32.000	0	0	0	0	EPS017	200.000	3	8.000	14-4	200.000	3	5	0	CCF24	200.000	3	8.000	0	0	0	0	0	
22	CC 1097990613	BARRERA RUIZ KAREN LIZETH	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS017	2.150.000	30	86.000	14-4	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0	
23	CC 14234554	RICO HECTOR FABIO	1	0			S																	231001	1.755.000	27	280.800	0	0	0	0	EPS002	1.755.000	27	70.200	14-4	1.755.000	27	5	122.200	CCF24	1.755.000	27	70.200	0	0	0	0	0	
24	CC 14234554	RICO HECTOR FABIO	1	0			S											X						231001	195.000	3	31.200	0	0	0	0	EPS002	195.000	3	7.800	14-4	195.000	3	5	0	CCF24	195.000	3	7.800	0	0	0	0	0	
25	CC 19342269	GARZON RINCON LUIS ALBERTO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	2.295.000	27	91.800	14-4	2.295.000	27	5	159.800	CCF24	2.295.000	27	91.800	0	0	0	0	0
26	CC 19342269	GARZON RINCON LUIS ALBERTO	1	5			S											X							0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	255.000	3	10.200	14-4	255.000	3	5	0	CCF24	255.000	3	10.200	0	0	0	0	0
27	CC 22736315	MEJIA ARROYO KARINA PAOLA	1	0			S																	25-14	8.000.000	30	1.280.000	0	0	40.000	40.000	EPS005	8.000.000	30	320.000	14-4	8.000.000	30	5	556.800	CCF24	8.000.000	30	320.000	0	0	0	0	0	
28	CC 52205814	TORRES BEDOYA MARIA DEL PILAR	1	0			S								X	X								230301	2.260.757	30	361.800	0	0	0	0	EPS017	2.260.757	30	90.500	14-4	2.260.757	30	5	157.400	CCF24	2.260.757	30	90.500	0	0	0	0	0	
29	CC 80127979	ACOSTA MENDEZ PEDRO ANTONIO	1	0			S																	230301	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS008	2.550.000	30	102.000	14-4	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901845086-8	CONSORCIO KAPATIVA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 personas	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48990036	10/02/2026	26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$59,694,631	\$17.767.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Substituto	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	YAE	TDP	TAP	USP	VST	SAE	SE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CONTRIBUCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
30	CC 80419491	BARRETO LOZANO ALEXANDER				1	0		S							X	X									230301	2.660.000	30	425.600	0	0	0	0	EPS002	2.660.000	30	106.400	14-4	2.660.000	30	5	185.200	CCF24	2.660.000	30	106.400	0	0	0	0	0	
31	CC 79965422	MENDEZ JAVIER ALEXANDER				1	0		S							X	X									230301	1.649.100	28	263.900	0	0	0	0	EPS037	1.649.100	28	66.000	14-4	1.649.100	28	5	114.800	CCF24	1.649.100	28	66.000	0	0	0	0	0	
32	CC 79965422	MENDEZ JAVIER ALEXANDER				1	0		S												X					230301	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS037	116.727	2	4.700	14-4	116.727	2	5	0	CCF24	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0	
33	CC 3151759	RAMIREZ RODRIGUEZ EUSEBIO				1	0		S	X																25-14	1.050.000	7	168.000	0	0	0	0	EPS005	1.050.000	7	42.000	14-4	1.050.000	7	5	73.100	CCF24	1.306.500	7	52.300	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49056838	10/02/2026	24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$58,863,959	\$17.949.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	548.400	0		0		0	1	400	0	548.800	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	536.000	0		0		0	1	400	0	536.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	166.200	0		0		0	1	200	0	166.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	536.200	0		0		0	1	400	0	536.600	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	102.000	0		0		0	1	100	0	102.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	86.000	0		0		0	1	100	0	86.100	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	92.500	0		0		0	1	100	0	92.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	124.500	0		0		0	1	100	0	124.600	2
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	93.800	0		0		0	1	100	0	93.900	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	35.100	0		0		0	1	100	0	35.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.787.800	0	0	0	0	1	1.200	0	1.789.000	6
230301	Porvenir	800224808-8	5.870.800	0	0	40.000	40.000	1	3.800	200	5.954.800	13
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.621.400	0	0	0	0	1	1.100	0	1.622.500	5

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.900.500				3.900.500	1	2.500	3.903.000			39.005	3.903.000	24

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.355.600	1	1.500	2.357.100	24

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 personas	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49056838	10/02/2026	24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$58,863,959	\$17.949.100	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	10	2.320.700	2.322.700
Pensión	3	9.360.000	9.366.300
Riesgos Laborales	1	3.900.500	3.903.000
CCF	1	2.355.600	2.357.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	17.936.800	17.949.100

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 personas	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49056838	10/02/2026	24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$58,863,959	\$17.949.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No.	CC	Apellido y Nombres	Cotizante	Subrogado	Extrajero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TUE	YAE	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	YAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1	CC 1000007707	SOTTO YATE OVER STICK	1	0			S								X											230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS017	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49056838	10/02/2026	24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	\$58,863,959	\$17.949.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Extraterritorial	ING	RET	TRE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SIN	AGE	USA	ARG	ARG	VCT	IRL	COMERCIO	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
28	CC 1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S																	230301	1.935.000	27	309.600	0	0	0	0	EPS041	1.935.000	27	77.400	14-11	1.935.000	27	5	134.700	CCF24	1.935.000	27	77.400	0	0	0	0	0
29	CC 1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S											X						230301	215.000	3	34.400	0	0	0	0	EPS041	215.000	3	8.600	14-11	215.000	3	5	0	CCF24	215.000	3	8.600	0	0	0	0	0
30	CC 1193601990	ORTEGA MATUTE LUIS FERNANDO	1	0			S							X	X									25-14	2.312.488	30	370.000	0	0	0	0	EPS048	2.312.488	30	92.500	14-11	2.312.488	30	5	161.000	CCF24	2.312.488	30	92.500	0	0	0	0	0
31	PT 5836385	BERNAL RIVAS RAMON ISIDRO	1	0			S							X	X									25-14	2.309.338	29	369.500	0	0	0	0	EPS002	2.309.338	29	92.400	14-11	2.309.338	29	5	160.800	CCF24	2.309.338	29	92.400	0	0	0	0	0
32	PT 5836385	BERNAL RIVAS RAMON ISIDRO	1	0			S											X						25-14	63.526	1	10.200	0	0	0	0	EPS002	63.526	1	2.600	14-11	63.526	1	5	0	CCF24	58.432	1	2.400	0	0	0	0	0
33	PT 6415005	GIL GUTIERREZ DANIEL DAVID	1	0			S							X	X									230301	2.373.173	30	379.800	0	0	0	0	EPS017	2.373.173	30	95.000	14-11	2.373.173	30	5	165.200	CCF24	2.373.173	30	95.000	0	0	0	0	0
34	CC 80879642	ARIZA RONCANCIO VICTOR JHOAN	1	0			S	X						X										25-14	992.180	17	158.800	0	0	0	0	EPSC34	992.180	17	39.700	14-11	992.180	17	5	69.100	CCF24	1.148.011	17	46.000	0	0	0	0	0



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-05, 01:26:20 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1078846703
Periodo Cotización 202601 Periodo Servicio 202601
Cliente:

PAGADA 2026-02-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULI PAOLIN JARAMILLO				
Documento	CC 32907266			Dirección	CR 96B #17 A - 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3003554713
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
			Total Afiliados	1	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 32907266		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					JARAMILLO BOLAÑO YULY PAULIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CCF	VST	SJA	IGE	LMA	VAC	AVP	VGT	IRP	Días AFP				Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
																0	30	30	30	0			16 %	\$ 2.600.000	\$ 416.000	\$ 0	\$ 0	EPS010		12,5 %	\$ 2.600.000	\$ 325.000	\$ 0	14-11	5	6,960 %	\$ 2.600.000	\$ 181.000	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 416.000	\$ 0	\$ 0	\$ 325.000	\$ 181.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.117.772

DURAN CAÑON

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES

FIRMA



Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1960

MURILLO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

05-ABR-1979 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00152271-M-0079117772-20090309

0010256946A 2

1120024292

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

HENRY DURAN CAÑON identificado con CC. 79117772 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2024/09/24	Código de ocupación	9331
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	Descripción de ocupación	CONDUCTORES DE VEHICULOS ACCIONADO A PEDAL O A BRAZO
Clase de riesgo	4	Estado de afiliación	Activo

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de febrero del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26022026H79117772D11151826**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HENRY DURAN CAÑON identificado(a) con Cedula Ciudadania 79117772, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa HENRY DURAN CAÑON, en calidad de Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240829	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 02 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30521794

CER-AFI

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	79117772	HENRY DURAN CAÑÓN	calle 56C sur # 22H 11	3112833895	heduca123@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-01	2025-01	I	24/02/2025	46747954	TOTAL A PAGAR \$228,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	7
								1.000	0
									219.900
									No. Afiliados 1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	------------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------	-----------	-----------------------	----------------	---------------	---------------

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	9.200	No. Autorización	Valor	9.200	7	100	9.300	92	9.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	7	0	0	0
0	7	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	218.900	219.900	219.900
Pensión	0	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300	9.300
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	2	228.100	228.200	229.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7911772	HENRY DURAN CAÑON	calle 58C sur # 22H 11	3112833895	heduca123@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLGADOS 1 UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	24/02/2026	46747954	\$225.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES								
No. de identificación	Apellidos y Nombres		Origenes	Extranjeros	Exonerados	IN	RET	TAE	TGP	TAP	VST	VAL	IOE	LMA	AVP	VCT	IRL	COSEACOM	Cód. AFP	IBC AFP	Colización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Colización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Colización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC	7911772	DURAN CAÑON HENRY	57	2	2	2															0	0	0	0	0	0	1.750.995	218.900	14-23	1.750.995	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	02 Febrero 2026
CARGO	Conductor Camioneta	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.		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.	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.	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 Conductor Camioneta.

NOTIFICADO: SI

NOMBRE: Henry Duran Cañon

FIRMA:

C.C.: 7917772

[Firma manuscrita: Henry Duran]

	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): Harry Duron Cañon, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79117772 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Camioneta 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;

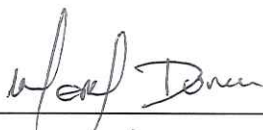
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

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:

02 Febrero 2026

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Henry Duran Cañon CARGO: Conductor Camioneta

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Feb 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? Positiva

Yo Henry Duran Cañon Identificad@ con documento de identidad N° 79117772 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 Henry Duran

	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: 02 Febrero 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: Henry Duran

Nombre: Henry Duran Cañon

Cédula: 79117772



Apellidos

NUIP 79.747.388

Nombres

JHON WILSON

Nacionalidad

COL

Fecha de nacimiento

18 JUL 1977

Lugar de nacimiento

Estalura

1.83

G.S.

 O_+

Sexo

M

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

18 OCT 1995, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración

23 AGO 2033

100

0024682150

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL024682150015001<<<<<<<<
7707180M3308235COL79747388<<<0
GALVIS<LAVERDE<<JHON<WILSON<<<



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79747388

NOMBRE

JHON WILSON GALVIS LAVERDE

FECHA DE NACIMIENTO

18-07-1977

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

15-11-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

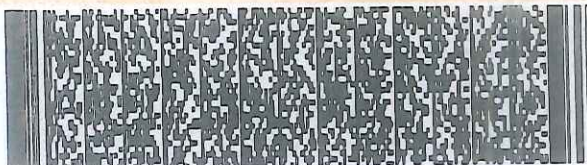


ORGANISMO DE FIANZAS EXPEDIDOR

SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTÁ

CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	27-05-2034	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	15-11-2034	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	15-11-2037	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03008095732

Servicios Integrales 60947.2.0-29 02/24

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JHON WILSON GALVIS LAVERDE identificado con CC. 79747388 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO

Fecha de inicio de cobertura	2024/09/24	Código de ocupación	9331
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	Descripción de ocupación	CONDUCTORES DE VEHICULOS ACCIONADO A PEDAL O A BRAZO
Clase de riesgo	4	Estado de afiliación	Activo

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de febrero del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC27022026J79747388G11292531**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHON WILSON GALVIS LAVERDE identificado(a) con Cedula Ciudadania 79747388, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240912	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDAN

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26159948

CER-AFI



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

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

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHON WILSON GALVIS LAVERDE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.747.388**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	79747388	JHON WILSON GALVIS LAVERDE	calle 1c # 38c - 21	8101738	jwgalvis@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						CANTIDAD EMPLEADOS		CANTIDAD UPC
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	VALOR MORA	VALOR MORA UPC	1	0	
		48661234	10/03/2026			1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL MÓMINA			TOTAL A PAGAR		
2026-01	2026-01	I	\$0			\$592.100		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	18	2.600	0	221.500	1
TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	18	3.300	0	283.500	1	
TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados	
				No. Autorización	Valor								
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	76.200				76.200	18	900	762	77.100	1	
TOTALES CAJAS													
Código CCF	Nombre							NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	18	0	0	0
0	18	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	218.900	221.500	
Pensión	1	280.200	283.500	
Riesgos Laborales	1	76.200	77.100	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	575.300	592.100	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79747388	JHON WILSON GALVIS LAVERDE	calle 1c # 38c - 21	8101738	jwgalvis@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		48661234	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$592.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
			Apellidos y Nombres										Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cot. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cot. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN									
No.	Tipo y Número de identificación		Colombiano	Extranjero	Exonerado	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	ICG	LMA	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cot. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cot. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cot. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 79747388		57	0	N												230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

		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	02 Febrero 2026
CARGO	Conductor Camioneta			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 Conductor Camioneta

NOTIFICADO: 6:

NOMBRE: Jhon Wilson Galvis Laverde

FIRMA: JWL

C.C.: 7947388



**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): Ugon Wilson Galvis Laverde, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79747388 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Camioneta 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;

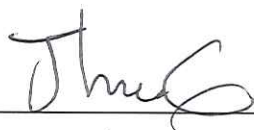
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-010
		Versión: 01
		Diciembre de 2025

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: 02 Febrero 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: 02 Febrero 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: Jhon Wilson

Nombre: Galvis Loverde

Cédula: 79747388

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jhon Wilson Galvis Laverde CARGO: Conductor Camioneta

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Febrero 26

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? Positivo

Yo Jhon Wilson Galvis Laverde Identificad@ con documento de identidad N° 79347388 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 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.385.405

LOPEZ MORENO

APELLIDOS

JULIO

NOMBRES

Julio Lopez Moreno

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1970

EL COLEGIO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

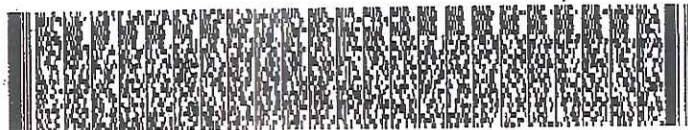
M

SEXO

20-FEB-1989 EL COLEGIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1506700-00226567-M-0080385405-20100318

0021691961A 1

28592787



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 80385405

NOMBRE

JULIO LOPEZ MORENO

FECHA DE NACIMIENTO

29-12-1970

SANGRE-RH

B+

FECHA DE EXPEDICIÓN

09-04-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

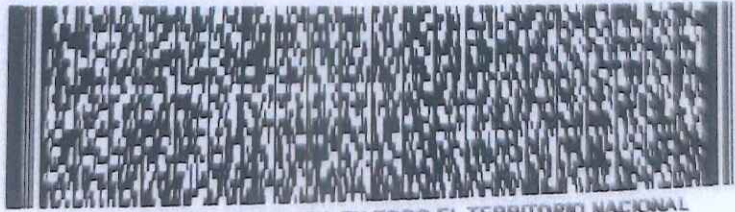


ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL DE SOACHA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	09-04-2035	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	09-04-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03008454346

Servicios Integrales 80847 2.0-35 09/24

Medellín, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que JULIO LOPEZ MORENO identificado(a) con C80385405 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C803854052605838197

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JULIO LOPEZ MORENO identificado(a) con Cedula Ciudadania 80385405, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'EXPROYEC JAL SAS' NIT 901401706, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240612	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30521794

CER-AFI



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

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

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIO LOPEZ MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.385.405**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC, 11 de marzo del 2026

SIMPLE S.A OPERADOR DE INFORMACION

CERTIFICA QUE:

En la fecha 2026-03-01, el aportante EXPROYEC JAL SAS con documento de identificación NI 901401706 canceló los aportes de seguridad social correspondientes a JULIO LOPEZ MORENO con CC 80385405, bajo la tarifa ARL de 4.350% dirigido a las siguientes entidades:

Tipo administradora	Nit	Codigo	Nombre	Periodo	Numero de planilla
AFP	N800224808	230301	PORVENIR	202601	1079857826
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA	202601	1079857826
CCF	N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	202601	1079857826
EPS	N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS	202602	1079857826



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	02 Febrero 2026
CARGO	Conductor Camioneta		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 Conductor Camioneta.NOTIFICADO: SINOMBRE: Julio Lopez MorenoFIRMA: Julio Lopez MorenoC.C.: 80385405

	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): Julio Lopez Moreno, identificado con cédula de ciudadanía N°: 80385405 de El colegio que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Camión 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: Julio Lopez Moreno
Fecha de Notificación: 02 Febrero 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: 02 Febrero 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: Julio Lopez Moreno

Nombre: Julio Lopez Moreno

Cédula: 80385405

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Julio Lopez Moreno CARGO: Conductor Camión

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Feb 2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ

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

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

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

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	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 Julio Lopez Noreno Identificad@ con documento de identidad N° 80385405 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 Julio Lopez Noreno

1999

Spiegelberg

BEJARANO RIANO

References

MICHAEL STEVEN

COL

1.70

Festive de carismu

18 ENE 2005

D+

Legen Sie sich hin.

BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

01 FEB 2023, BOGOTA D.C.

References

Fecha de entrega:

23 MAR 2033

Maicol Bejarano

20

015434863

FIGHT TRAFFIC NATIONAL
 Abolished Visa Regime

ICCOL015434863615001<<<<<<<<<<
0501183M3303230COL1034658269<3
BEJARANO<RIANO<<MICHAEL<STEVEN



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1034658269

MORSAPE

MICHAEL STEVEN DE JARANO RIAÑO

FECHA DE NACIMIENTO

18-01-2005

SANGRE RH

O+

FECHA DE EXPIRACIÓN

02-07-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONducir con LENTES

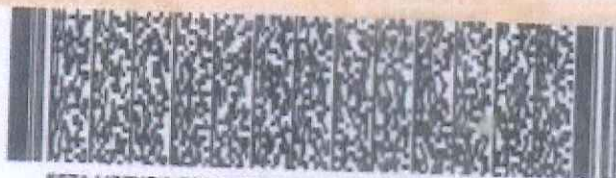


ORGANISMO DE TRÁFICO DELEGADO

SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTÁ

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSSETA Y BUS.	02-07-2024	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSSETA Y BUS.	02-07-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007616519

Servicio Integral 8007 2 6 26 4000

Medellín, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que MICHAEL STEVEN BEJARANO RIANO identificado(a) con C1034658269 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10346582692605842043

Bogotá, 27/02/2026

Señor(a)
MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO
C – 1065667734

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016141007
Fecha Radicación: 01/20/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador independiente, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO	C	18/01/2005	COTIZANTE	M	

Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 02/20/2026 (sujeto a autorización de traslado)

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACIÓN EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

M-PYGA-F171 V.2.0-2022



**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:

MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.034.658.269**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-12, 08:30:26 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1079602343
Período Cotización: enero de 2026 Período Servicio: enero de 2026

PAGADO 12/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO			Dirección	CL 39 SUR #87 D - 45		
Documento	CC1034658269			Teléfono	3067792		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	ARP		
Representante Legal							
Total Afiliados	1				ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas		Parafiscales								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET A	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CON	VST	IGB	LMA	VAC	AVP	VCP	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEINA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
IC 1034658269	MICHAEL STEVEN BEJARANO RIAÑO	57	00															0	300	300	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	4.350	\$ 1.750.905	\$ 76.200	(NIN.CO) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0			\$ 0	\$ 0

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.750.905	IBC Salud	\$ 1.750.905	IBC Riesgos	\$ 1.750.905	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 280.200	Aportes Salud	\$ 218.900	Aportes Riesgos	\$ 76.200	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sena	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 575.300	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 575.300
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

		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	02 Febrero 2026
CARGO	Conductor Camión			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 Conductor Camión.

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Michael Steven Bajarano Riaño

FIRMA: Maicol Bajarano

C.C.: 1084658269

	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): Michael Steven Bejarano Riaño, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1034658269 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Camión 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: Maicol Bejorano

Fecha de Notificación: 02 Febrero 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: 02 Febrero 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: Maicol Bejdrant

Michael Stalen

Nombre: Bejarano Liano

Cédula: 1034658269

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Michael Steven Begoromoliano CARGO: Conductor Camión

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 02 Feb 2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ

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

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



SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOGOTÁ

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Versión: 01
Diciembre 2025

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	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 Michael Steven Bejarano Liano Identificado con documento de identidad N° 1034658269 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 Marcel Bejarano

CCF





900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CESAR JEFFERSON MARTINEZ CASTRO	Número:	79891792
Identificación:	CC	Edad:	48
Fecha de Nacimiento:	1977-03-28	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	A +	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Estado civil:	CASADO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
EPS:	EPS COMPENSAR	Teléfono:	3124713178
AFP:	COLPENSIONES	Tel. Acompañante:	
Dirección:	CALLE 6C # 82A-78		
Acompañante:			

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	TOPOGRAFO	FECHA EXAMEN:	2026-03-12
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 / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

GENERALES

OBSERVACIONES	VALORACION POR OPTOMETRIA Y MEDICO DE EPS POR ANORMALIDAD EN PARACLINICOS
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
OBSERVACIONES	COPNTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS Y ADHERENCIA A MANEJO
RECOMENDACIONES GENERALES	-SE DAN RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE , DIETA BAJA EN GRASAS , ACTIVIDA CARDIOVASCULAR 3 VECES POR SEMANA

OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES ADICIONALES	REALIZAR ACTIVIDADES A NIVEL DE PISO QUE NO REQUIERA DISCRIMINACION DE TONALIDADES POR ALTERACION DE LA VISION CROMATICA
	- PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB POR UN TIEMPO MAYO A 8 HORAS CONTINUAR , PARA LO CUAL DEBE USAR PROTECCION AUDITIVA.

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.

Johana Gomez
1030550933

E-71



INGRID JOHANA GOMEZ LOPEZ
1030550933
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION 3989 DE 20/08/2020
Firma y sello del médico evaluador

CESAR JEFFERSON MARTINEZ CASTRO
Documento: 79891792
Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.891.792

MARTINEZ CASTRO

APELLIDOS

CESAR JEFFERSON

NOMBRES

Cesar J Martinez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

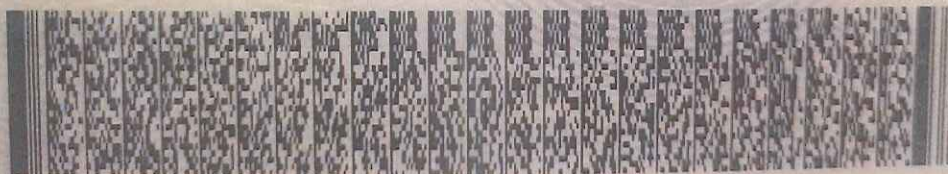
1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

14-JUN-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00137167-M-0079891792-20081214

0008092268A 1

1220036962

Medellín, 15 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C79891792	MARTINEZ CASTRO CESAR JEFFERSON	16/02/2026		15014522	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D 19 D M 2 M A A 2026 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:

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)

1

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

6. Apellidos y nombres

MARTINEZ

CASTRO

CESAR

JEFFERSON

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número de documento de identidad

79891792

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

D 28 D M 3 M A A 1977 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

3,500,000

18. Residencia

CLL 6C NO 82A-78

19. Correo electrónico

tpcjmc@gmail.com

20. Municipio / Distrito

BOGOTÁ D.C.

21. Zona Urbana

22. Rural

23. Localidad / Comuna

CUNDINAMARCA

24. Teléfono fijo

3124713178

25. Teléfono celular

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

20. Tipo de documento de identidad

21. Número de 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

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

35. Nombre o razón social

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

36. Tipo de documento de identificación

NI

37. Número del documento de identificación

902012883

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

CARREA 15 #93A-84

40. Teléfono

3244111638

41. Correo electrónico

rhprocom@hotmail.com

42. Municipio / Distrito

BOGOTÁ D.C.

43. Departamento

CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación

2. Corrección datos básicos de identificación

3. Actualización documento de identidad

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de 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 por 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

42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

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

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

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

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

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

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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 Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. 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

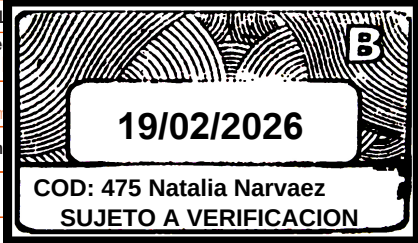
68. Fecha

69. Tipo de documento de identidad

70. Número de documento de identidad

71. Firma

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.

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

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: CC 79891792

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

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

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: CC 79891792



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR JEFFERSON MARTINEZ CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79891792**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



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 79891792
Nombres y Apellidos	CESAR JEFFERSON MARTINEZ CASTRO
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	21/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	TOPOGRAFO
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 3500000

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
DxCLDnF1S




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: 16 Febrero 2026	
CARGO: Topógrafo				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. Bolsas 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 Topógrafo.

NOTIFICADO: 5

NOMBRE: Cesar Jefferson Martinez Castro

FIRMA: DESAM

C.C.: 79891792

	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): Cesar Jefferson Martinez Castro, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79891792 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Topógrafo 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: CESAR - M.

Fecha de Notificación: 16 Febrero 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: 16 Febrero 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: JEFFER. M.

Nombre: Cecilia Jefferson
Martinez Castro

Cédula: 79891792

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Cesar Jefferson Martinez Castro CARGO: Topógrafo

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Feb 26

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)		X	
	C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL			

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

Yo Cecilia Jefferson Martinez Castro Identificada con documento de identidad N° 79891792 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 EESAR M.



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JOSE DE LOS SANTOS ARIZA ROJAS	Número:	79398418
Identificación:	CC	Edad:	59
Fecha de Nacimiento:	1966-11-01	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	3
RH:	O -	Escolaridad:	TECNOLOGICO
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		
AFP:	COLPENSIONES		

Dirección:	DIAGONAL 42 A SUR 81 - 04	Teléfono:	3115051007
Acompañante:	MARTHA CELIS	Tel. Acompañante:	3132026023

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:	TOPOGRAFO	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 / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES - PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB POR UN TIEMPO MAYO A 8 HORAS CONTINUAR CONTINUAR EL USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	VISUAL Y AUDITIVO

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.

Johana Gomez
10305509331

Jose de los Santos Ariza



INGRID JOHANA GOMEZ LOPEZ

1030550933

RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION

3989 DE 20/08/2020

Firma y sello del médico evaluador

JOSE DE LOS SANTOS ARIZA ROJAS

Documento: 79398418

Firma del trabajador

Sede: Qprevencion

Dirección: Kr 56 # 9 91 local 17

Teléfono: 601-6661920

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.398.418

ARIZA ROJAS

APellidos

JOSE DE LOS SANTOS

Nombre

Jose Ariza

HMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1966

LA PLAYA
LA BELLEZA (SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

20-DIC-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00018802-M-0070398418-20090701

0000708779A 1

1050014843

Medellín, 15 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %		
C79398418	ARIZA ROJAS JOSE DE LOS SANTOS	16/02/2026		38149228	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 08:47:22 .

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

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)
--	--	--	--	--	---	------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres ARIZA	ROJAS	JOSE	DE LOS SANTOS
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL			
16. Administradora de pensiones			
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia	
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	
21. Número del documento de identidad		22. Sexo	
23. Fecha de nacimiento		24. Apellidos y nombres	
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
29. Parentesco		30. Etnia	
31. Discapacidad		32. Datos de residencia	
33. Valor de la UPC del afiliado adicional		34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
39. Ubicación		40. Tipo de Novedad	
41. Datos básicos de identificación		42. Fecha novedad	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.		52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.		54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio		56. Anexos	
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.		60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		66. Identificación de la Entidad Territorial	
67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación	
69. Fecha de validación		70. Datos del funcionario que realiza la validación	
71. Firma del funcionario		72. Observaciones	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE DE LOS SANTOS ARIZA ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79398418**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



Bogotá D.C., 19 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 19/3/2026, 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 79398418
Nombres y Apellidos	JOSE DE LOS SANTOS ARIZA ROJAS
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	16/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	16/2/2026
Cargo	TOPOGRAFO
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2850000

**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
KAGZqX4gS



Vigilado Supersubsidio

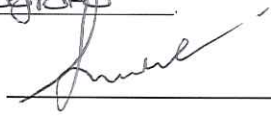
FOR-PGIE-0100

		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	16 Febrero 2026
CARGO	Inspector - Topógrafo			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 Inspector - Topógrafo

NOTIFICADO: SI

NOMBRE: José de los Santos Ariza Rojas

FIRMA: 

C.C.: 793984118

	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): Josede los Santos Ariza Rojas, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79398418 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ingeniero Topógrafo en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

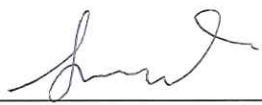
Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños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

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

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

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

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

Firma del Trabajador: 

Fecha de Notificación: 16 Febrero 2026

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

Lugar: Puerto PAC

Fecha: 16 Febrero 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:



Nombre:

José de los Santos
Ariza Rojas

Cédula:

79398418

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Joacdelos Santos Ariza Rojas CARGO: Inspector Topógrafo

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Feb 2026

APROBÓ ☒

NO APROBÓ ☐

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

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

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

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

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

Yo Jose delos Santos Anzo Rojas Identificad@ con documento de identidad N° _____ 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

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

16 Febrero 2026

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

Punto PAC 16 Febrero 2026

Tercera cruzco Roja

Consortio Vial Kennedy 2025

Inducción Inicial

7:00 am

8:00 am

☒

--	--

11

11

11

(Firma)
Incontro

Terada Orozco Rojas

Calle 39B sur N° 72F 33
sstvalkenedy@gmail.com



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA	Número:	1030612556
Identificación:	CC	Edad:	33
Fecha de Nacimiento:	1992-06-27	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	O +	Escolaridad:	POSTGRADO
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS:	EPS COMPENSAR		
AFP:	PORVENIR S.A.		
Dirección:	CALLE 51C SUR # 39-23	Teléfono:	3125757828
Acompañante:		Tel. Acompañante:	

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	RESIDENTE ADMINISTRATIVO	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

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

JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA
Documento: 1030612556

Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.612.556**

SALCEDO COMBITA

APELLIDOS

JAVIER MAURICIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

06-AGO-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150 00603639-M-1030612556-20140726

0039259690A 1

1312987880

Medellín, 15 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %
C1030612556	SALCEDO COMBITA JAVIER MAURICIO	16/02/2026		23124919	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 08:38:22 .

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 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D 19 D M 2 M A A 2026 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)

1

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

SALCEDO

Segundo Apellido

COMBITA

Primer Nombre

JAVIER

Segundo Nombre

MAURICIO

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número de documento de identidad

1030612556

9. Sexo

Femenino

Masculino

☐

☒

10. Fecha de nacimiento

D 27 D M 6 M A A 1992 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

4000000

18. Residencia

CL. 51 C SUR # 89A 23

Dirección

Teléfono fijo

3125757828

teléfono celular

javiermsalcedo@gmail.com

Correo electrónico

BOGOTÁ D.C.

Municipio / Distrito

Zona Urbana

☒

Rural

☐

Localidad / Comuna

CUNDINAMARCA

Departamento

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número de 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

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

B1

B2

B3

B4

B5

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC 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)

35. Nombre o razón social

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

36. Tipo de documento de identificación

NI

Cot.

B

B

B

37. Número del documento de identificación

902012883

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

CARREA 15 #93A-84

Dirección

3244111638

Teléfono

rhprocom@hotmail.com

Correo electrónico

BOGOTÁ D.C.

Municipio / Distrito

CUNDINAMARCA

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación

2. Corrección datos básicos de identificación

3. Actualización documento de identificación

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

6. Reinscripción en la EPS

☐

☐

☐

☐

☐

☒

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de 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 por fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

18. Reporte de la calidad de Pensionado

☐

☐

☐

☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

Sexo

Femenino

Masculino

☐

☐

Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

42. Fecha

D 16 D M 2 M A A 2026 A

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

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

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

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

☐

☐

☐

☐

☒

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

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

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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

Cant.

RC

Cant.

TI

Cant.

CC

Cant.

PA

Cant.

CE

Cant.

CD

Cant.

SC

Cant.

Total

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

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐

☐

☐

☐

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

☐

☐

☐

☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de la ficha

Puntaje

Nivel

68. Fe

D

A

A

A

A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

71. Firm

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

OBSERVACIONES:

19/02/2026

COD: 475 Natalia Narvaez

SUJETO A VERIFICACION

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

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

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: CC 1030612556

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

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

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: CC 1030612556

19/02/2026

COD: 475 Natalia Narvaez

SUJETO A VERIFICACION

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALCEDO COMBITA JAVIER MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **1.030.612.556** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de julio de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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

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

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

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

Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2026

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

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

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1030612556
Nombres y Apellidos	JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA
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	19/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	RESIDENTE ADMINISTRATIVO
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 4000000

**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
B3BF6AFpS



		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 <u>16 Febrero 2026</u>	
CARGO <u>Residente Administrativo</u>				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 Residente Administrativo.

NOTIFICADO: S^o

NOMBRE: Javier Mauricio Salcedo Cármbila

FIRMA: 

C.C.: 1030 612 556

	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): Javier Mauricio Salcedo Combila, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1030612556 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Residente Administrativo en este consorcio, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

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

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

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

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

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

Firma del Trabajador:



Fecha de Notificación: 16 Febrero 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: 16 Febrero 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: 

Nombre: Javier Mauricio Salcedo Combita

Cédula: 1030612556

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Javier Mauricio Salcedo Combita CARGO: Residente Administrativo

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Feb 2020

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

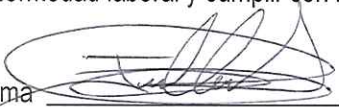
	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

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 Javier Mauricio Salcedo Comblat Identificad@ con documento de identidad N° 1030612556 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.

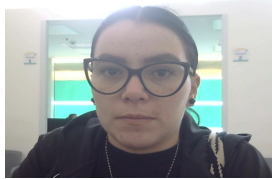
Firma





900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	ANGI VIVIANA SANDOVAL HERRERA	Número:	1030588638
Identificación:	CC	Edad:	35
Fecha de Nacimiento:	1991-03-07	Identidad de Género:	FEMENINO
Género:	F	Estrato:	2
RH:	O +	Escolaridad:	TECNOLOGICO
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	ARL:	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
EPS:	EPS SANITAS SA		3042030835
AFP:	COLPENSIONES		

Dirección:	CALLE 54C SUR # 87B-21	Teléfono:	
Acompañante:		Tel. Acompañante:	

DATOS DE LA EMPRESA

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	AUXILIAR-INSPECTOR SST	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 | 6. HEMOCLASIFICACION GRUPO RH |

CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

GENERALES

REMISION A EPS	SI
OBSERVACIONES	CONSULTAR A US EPS POR ANORMALIDAD EN PARACLINICOS
RECOMENDACIONES GENERALES	- PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB POR UN TIEMPO MAYOR A 8 HORAS -CONTINUAR EL USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVO - VISUAL

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.

Johana Gomez Lopez
10305509331

Angi Sandoval



INGRID JOHANA GOMEZ LOPEZ
1030550933
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION 3989 DE 20/08/2020
Firma y sello del médico evaluador

ANGI VIVIANA SANDOVAL HERRERA
Documento: 1030588638
Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.588.638

SANDOVAL HERRERA

APELLIDOS

ANGI VIVIANA

NOMBRES

Angie Sandoval
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-MAR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00158373-F-1030588638-20090602

0012091175A 1

28796081

Medellín, 15 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %		
C1030588638	SANDOVAL HERRERA ANGI VIVIANA	16/02/2026		20117112	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 16/02/2026 08:29:26 .
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

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 80	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	NIT	902012883	

59. Ubicación	Teléfono fijo o Celular	
Dirección	6014770190	
CARREA 15 #93A-84		
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	D D M M A A A A	
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
	1 6 0 2 2 0 2 6	Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.	
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	
Total Anexos	

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	001	Código del departamento	11	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación	
			0 5 0 3 2 0 2 6	D D M M A A A A	

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA	RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS	
900.282.038	Recibido por: A.C.I.	
	Fecha: 05-03-2026	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGI VIVIANA SANDOVAL HERRERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1030588638**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



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 1030588638
Nombres y Apellidos	ANGI VIVIANA SANDOVAL HERRERA
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	17/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	AUXILIAR SISOMA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 2150000

**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
gMX5PPnVS



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

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Auxiliar SST-AMB

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Angi Viviana Sordaval Herrera

FIRMA: 

C.C.: 1000588638

	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): Ang Viviana Sandoval Herrera, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1030588638 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar SST-AMB 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: _____

[Handwritten signature]

16 Febrero 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: 16 Febrero 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: 

Nombre: Argi Viviana Sandoval Herrera

Cédula: 1030588638

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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Angi Viviana Sandoval Herrera CARGO: Auxiliar SST- AUB

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Feb 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 Angi Viviana Sandoval Herrera Identificad@ con documento de identidad N° 100588638 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 



Código: FO-SST-009

Versión: 01

Diciembre de 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

16 Febrero 2026

OBJETO DEL CONSORCIO

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

LUGAR Y FECHA:

Punto PAC 16 Febbraio 2026

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Tercera orozco Rejas

EMPRESA:

Consorcio Vial Kennedy 2025

TEMA:

Inducción Inicial

HORA DE INICIO:

7:00 am

HORA DE TERMINACIÓN:

8.00 AM

TIPO

INDUCCIÓN

☒

CAPACITACIÓN

11/11

CHARLA INFORMATIVA

11

ENTRENAMIENTO

11

OTRO

--	--

[illegible]

(Firma)

(Montre)

Teread orozco Rojas

Coordinador SG-SST



900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO	Número:	1143236628
Identificación:	CC	Edad:	35
Fecha de Nacimiento:	1990-08-10	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Estrato:	2
RH:	B +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	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	Dirección:	CALLE 27 SUR 5 - 53
AFP:	PORVENIR S.A.	Teléfono:	3232464817
		Tel. Acompañante:	3181029502

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:	CADENERO 2	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 / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

GENERALES

OBSERVACIONES CONSULTAR A US EPS POR ANORMALIDAD EN PARACLINICOS
RECOMENDACIONES GENERALES - PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN DISCRIMINACION DE COLORES
- PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB POR UN TIEMPO MAYO A 8 HORAS CONTINUAR

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	VISUAL Y AUDITIVO

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.

Johana Gomez
11030550933

Pedro Puentes



INGRID JOHANA GOMEZ LOPEZ

1030550933

RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION

3989 DE 20/08/2020

Firma y sello del médico evaluador

PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO

Documento: 1143236628

Firma del trabajador

Sede: Qprevencion

Dirección: Kr 56 # 9 91 local 17

Teléfono: 601-6661920

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



NUIP 1.143.236.628

Fecha y lugar de expedición
07 ABR 2009, BARRANQUILLA

Fecha de expiración
17 JUL 2034

050665864



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL050665864803001<<<<<<<<<
9008102M3407172COL1143236628<6
PUENTES<CANTILLO<<PEDRO<ALEJAN

Medellín, 15 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %
C1143236628	PUENTES CANTILLO PEDRO ALEJANDRO	16/02/2026		15819524	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal
EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 6

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 ☐ 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) <input type="text"/>

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

6. Apellidos y nombres PUENTES Primer apellido CASTILLO Segundo apellido PEDRO Primer nombre ALEJANDRO Segundo nombre			
7. Tipo de documento de identidad CC ☐	8. Número del documento de identidad 1143236628	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 1 0 0 8 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> F <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> Condición <input type="text"/> T <input type="text"/> P <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS		16. Administradora de Pensiones PROTECCION	
17. Ingreso base de cotización -IBC \$ 1.300.000		18. Residencia CALLE 27 SUR NO 3-55 Sección Teléfono Fijo 3232464817 Celular PUNTESPEDRO977@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTÁ D.C. Municipio/Distrito Zona Urbana ☒ Rural ☐		20 DE JULIO Localidad/Comuna BOGOTÁ D.C. Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	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 F N M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)		
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

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

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 VIAL KENNEDY 2025	36. Tipo de documento de identificación NIT ☐	37. Número del documento de identificación 902012883	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CARREA 15 #93A-84 Dirección	6014770190 Teléfono	RHPROC@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTÁ D.C. Municipio/Distrito BOGOTÁ D.C. Departamento

F385-RVA V.1.0-2016

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☒ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | |

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 D M M A A A A	1 6 0 2 2 0 2 6 A		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación de 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 escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
				D D M M A A A A		D D M M A A A A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad		65. 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.

**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:

PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.236.628**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



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 1143236628
Nombres y Apellidos	PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO
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	19/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	5/3/2026
Cargo	CADENERO 2
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 1750905

**Firma del Trabajador
Identificación**

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
Mzg9OY11S



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

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

NOTIFICADO: S:

NOMBRE: Pedro Alejandro Puentes Cortillo

FIRMA: [Firma]

C.C.: 1143236628

	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): Pedro Alejandro Puentes Contillo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1.143.236.628 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Cadenero zdo 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: *Junit.*

Fecha de Notificación: 16 Febrero 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: 16 Febrero 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: 

Nombre: Pedro Alejandro Puentes Cantillo

Cédula: 1.143.236.628

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****BOGOTÁ****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN****Versión: 01
Diciembre 2025****EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN**NOMBRE: Pedro Alejandro Puentes Contillo CARGO: Cadenero ZdbINDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: FECHA REALIZACIÓN: 16 Feb 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 Pedro Alejandro Puentes Cantillo Identificad@ con documento de identidad N° _____ 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 



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

Código: FO-SST-009

Versión: 01

Diciembre de 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

16 Febrero 2026

OBJETO DEL CONSORCIO

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

LUGAR Y FECHA:

Punto PAC-16 Febrero 2026

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Teread orozco lqps

EMPRESA:

Concordia Vial Kennedy 2025

TEMA:

Inducción Inicial

HORA DE INICIO:

7:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN:

800 077

TIPO

INDUCCIÓN

CAPACITACIÓN

7

CHARLA INFORMATIVA

114

ENTRENAMIENTO

7

OTRO

--	--

[illegible]

(Nombre) Teresa Orozco Rojas

Coordinador SG-SST