



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 13526015                 |
| Nombres y Apellidos                           | ARISTIRES PARDONINO         |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 29/1/2026                   |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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

yYehJXf7S



FOR-PGIE-0100

  
**Vigilado Supersubsidio**

|                                                                                   |                                                                |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | 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 | Aludonte  | 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.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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.<br>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 Aludonte

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Aristeo Pardo Niño

FIRMA: Aristeo Pardo Niño

C.C.: 13526015



|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Aristereo Pardo Niño, identificado con cédula de ciudadanía N°: 13526015 de La Paz que con motivo del desempeño de sus labores como Aludante 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: Ansthe Amen

Fecha de Notificación: 02 Febrero 2026

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Aristoteles Niño

Nombre: Aristoteles Pardo Niño

Cédula: 13526015



|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Aristides Pardo Niño CARGO: Aludante

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   | ✓ |

| 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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>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**

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| <b>CONDICIÓN INSEGURA</b>     | 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 |   |   |
| <b>PLAN DE EMERGENCIA</b>     | 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 |
| <b>USTED QUEDA AFILIADO A</b> | 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? Sura

Yo Aristeo Pardo Niño Identificad@ con documento de identidad N° 13526015 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 Aristeo Pardo Niño





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.246.263

SANTANA JIMENEZ

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

*Carlos Santana*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1983

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

M  
SEXO

27-AGO-2001 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00227116-M-0080246263-20100320

0021723986A 1

7720089329

Medellín, 28 de January de 2026

## LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

### HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                             | Nombre                        | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción         | Tipo Cotizante | Estado      |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC |                               |                         | Clase: 5             | Porcentaje Cotización: 6.96 % |                |             |
| C80246263                                         | SANTANA JIMENEZ CARLOS ANDRES | 29/01/2026              |                      | 135793q1                      | DEPENDIENTE    | POR INICIAR |

null

### Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:52:42 .

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

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

Dirección IP: 179.51.118.248, 198.143.37.45, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



|                  |
|------------------|
| No de Radicación |
| 4016219332       |

|                     |
|---------------------|
| Fecha de Radicación |
| 2/9/01/2/02/6       |

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de trámite                                                                                                                                                                     | 2. Tipo de afiliación                                                                                                                                         | 3. Régimen                                                                                 | 4. Contribución Solidaria                                          |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                     | A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de afiliado                                                                                                                                                                    | 6. Tipo de cotizante                                                                                                                                          | 7. Código (a registrar por la EPS)                                                         |                                                                    |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                           | 1                                                                                          |                                                                    |

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

|                             |                                |                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres      | 9. Tipo documento de Identidad | 10. Número del documento de Identidad | 11. Sexo biológico                                                              | 12. Sexo identificación                                                                                                                                                             |
| SANTANA<br>Primer apellido  | CC                             | 80246263                              | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |
| JIMENEZ<br>Segundo apellido | 13. Nacionalidad               | 14. Lugar Nacimiento                  | 15. Fecha Nacimiento                                                            |                                                                                                                                                                                     |
| CARLOS<br>Primer nombre     | COLOMBIA                       | BOGOTA                                | 2/0/07/1/9/8/3                                                                  |                                                                                                                                                                                     |
| ANDRES<br>Segundo nombre    | 16. País                       | Departamento                          | Municipio                                                                       |                                                                                                                                                                                     |
|                             | COLOMBIA                       | BOGOTA                                | BOGOTA                                                                          |                                                                                                                                                                                     |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                                    |                                                               |                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. Etnia                                                          | 17. Comunidad                                                 | 18. Discapacidad                                                                                      |
| 6                                                                  |                                                               | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                    |
| 19. Tiene encuesta SISBEN                                          | 20. Clasificación SISBEN                                      | 21. Grupo población especial                                                                          |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> |                                                                                                       |
| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL                      | 23. Administradora de Pensiones                               | 24. Ingreso base de cotización - IBC                                                                  |
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.                 | PORVENIR FPC                                                  | 1750905                                                                                               |
| 25. Tarifa Contribución Solidaria                                  | 26. Residencia                                                |                                                                                                       |
|                                                                    | CL 65 C 19 A 52<br>Dirección                                  |                                                                                                       |
|                                                                    | BOGOTA                                                        | BOGOTA                                                                                                |
|                                                                    | Departamento                                                  | Municipio/Distrito                                                                                    |
|                                                                    | BOGOTA                                                        | BOGOTA                                                                                                |
|                                                                    | Localidad / comuna                                            | zona                                                                                                  |
|                                                                    | BOGOTA                                                        | Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> |
|                                                                    |                                                               | Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>                   |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

|                         |                                 |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres | 28. Tipo documento de Identidad | 29. Número documento Identidad | 30. Sexo biológico                                                   | 31. Sexo identificación                                                                                                                                                  |
| Primer apellido         |                                 |                                | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |
| Segundo apellido        |                                 |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| Primer nombre           |                                 |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| Segundo nombre          |                                 |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |
| 32. Nacionalidad        | 33. Lugar Nacimiento            | 34. Fecha Nacimiento           |                                                                      |                                                                                                                                                                          |
|                         | País: Departamento: Municipio:  |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |

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

|                         |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| 35. Apellidos y nombres | 36. Tipo documento de Identidad | 37. Número de Identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo Biológico | 40. Sexo Identificación | 41. Lugar Nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
| Primer apellido         |                                 |                         |                  | Femenino/Masculino | F M T NB otro cual      | País                 | Departamento            |
| Segundo apellido        |                                 |                         |                  |                    |                         | Municipio            |                         |
| Primer nombre           |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| Segundo nombre          |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| B1                      |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| B2                      |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| B3                      |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| B4                      |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |
| B5                      |                                 |                         |                  |                    |                         |                      |                         |

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

|                                                        |                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS                       | VSAMERICAS - UODCPOAMER                       |
| B                                                      |                                               |
| B                                                      |                                               |
| B                                                      |                                               |

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

|                                            |                                          |                                           |                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social                  | 56. Tipo de identificación               | 57. Número de documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS | NIT                                      | 901850515                                 | 01                                                                    |
| 59. Ubicación                              | 60. Correo electrónico                   |                                           | 61. Municipio/Distrito                                                |
| CR 82 J NO 64 64 Dirección                 | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES21@GMAIL.COM |                                           | BOGOTA                                                                |
| 3219018219 Teléfono fijo o celular         |                                          |                                           | BOGOTA                                                                |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

|                     |  |
|---------------------|--|
| 60. Tipo de Novedad |  |
|---------------------|--|

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

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

| 61. Datos básicos de la identificación |                  |               |                |
|----------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| Primer apellido                        | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

|                             |  |                               |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Primer apellido             |  | Segundo apellido              |  | Primer nombre                                                                              |  | Segunda nombre                                                                                                                                                                                      |  |
| Tipo documento de Identidad |  | Número documento de Identidad |  | 62. Sexo biológico                                                                         |  | 63. Sexo identificación                                                                                                                                                                             |  |
|                             |  |                               |  | 62. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 63. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |  |
| 65. EPS anterior            |  | 66. Fecha de Novedad          |  | 67. Motivo de traslado                                                                     |  | 64. Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                             |  |
|                             |  | 2 9 0 1 2 0 2 6               |  | 67. Motivo de traslado<br>Código: <input type="text"/>                                     |  | 64. Fecha de nacimiento<br><input type="text"/>                                                                                                                                                     |  |
|                             |  |                               |  | 68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones                                   |  |                                                                                                                                                                                                     |  |
|                             |  |                               |  | <input type="text"/>                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                     |  |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
73. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr 107 de 2013
76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

#### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

| Apellidos y nombres         |                               |               |                |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------|----------------|
| Primer apellido             | Segundo apellido              | Primer nombre | Segundo nombre |
| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |               |                |

## IX. FIRMAS

|                                                                                      |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Carlos Santana</i></p> <p>80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> | <p><i>Jose Silverio Ojeda</i></p> <p>81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

X.ANEXOS

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo Copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                     |
| Cantidad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Total: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**CARLOS ANDRES SANTANA JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.246.263**, 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:**

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



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 80246263                 |
| Nombres y Apellidos                           | CARLOS SANTANA JIMENEZ      |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 29/1/2026                   |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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  
yeuDnFxqS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                  |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |  |
| <b>DPTO</b>                                                                      |                                                    | <b>OPERATIVO</b>                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FECHA</b>                                                                                                                                                       |  |
| <b>CARGO</b>                                                                     |                                                    | <b>Conductor Volqueta</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>02 Febrero 2026</b>                                                                                                                                             |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>AREA</b>                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>OPERATIVA</b>                                                                                                                                                   |  |
| 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.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>Chaleco Reflectivo. | Uso de protectores auditivos.                                                                                                                                      |  |
| Químico                                                                          | Exposición a material particulado (polvo)          | Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.  |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de tapabocas.                                                                                                                                                  |  |
| Mecánico                                                                         | Caidas al mismo nivel                              | Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.                 |                                                                                                                                                                                                                                                             | Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre área de trabajo, inspección preoperacional. |  |
|                                                                                  | Manipulación de herramientas manuales              | Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.                                                                                                          |  |
| Biológico                                                                        | Bacterias, hongos, parásitos.                      | Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.                        |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.                                                                                                              |  |
| Eléctrico                                                                        | Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.         | Choque eléctrico, electrocución, incendio.                            | No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.                                                               |                                                                                                                                                                    |  |
| Ergonómico                                                                       | Posturas inadecuadas por tiempo prolongado         | Lumbalgias, retracciones musculares.                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitación en higiene postural. Pausas activas.                                                                                                                  |  |
|                                                                                  | Levantamiento y transporte de cargas.              | Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.                         | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitación en el manejo adecuado de cargas.                                                                                                                      |  |
| Seguridad Pública                                                                | Inseguridad pública en las vías de desplazamiento. | Asaltos, robos, atracos.                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.                                                                 |  |
| Psicosocial                                                                      | Organización del trabajo, contenido de la tarea    | Estrés, depresión.                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Charla sobre manejo de estrés.                                                                                                                                     |  |
| Incendio                                                                         | Conexiones eléctricas, material combustible.       | Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.                       | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.                                                                                               |  |
| Naturales                                                                        | Terremotos, inundaciones.                          | Golpes, fracturas, hasta la muerte.                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer                                                                                                             |  |

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Conductor Volqueta.

NOTIFICADO: SI

NOMBRE: Carlos Andres santana Jimenez

FIRMA: Carlo S.

C.C.: 80246263

|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Carlos Andres Santona Jimenez, identificado con cédula de ciudadanía N°: 80246263 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Volquete 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;*



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: *Eduardo S*

Fecha de Notificación: 02 Febrero 2026



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Carlos A. S.

Nombre: Carlos Andres Santana Jimenez

Cédula: 80246263

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Carlos Andres Santana J. CARGO: Conductor Volqueta

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. |   | ✓ |
| 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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.                                                                                                                         |   |   | X |

|                                                                                   |                                                           |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> |  |
|                                                                                   | <b>EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN</b>              | <b>Versión: 01</b><br><b>Diciembre 2025</b>                                        |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |  |   |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|
| <b>CONDICIÓN INSEGURA</b>     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral                                 | X |  |   |
| <b>PLAN DE EMERGENCIA</b>     | A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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 |
| <b>USTED QUEDA AFILIADO A</b> | A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   | X |  |   |

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

Yo Carlos Andres Santoro Jimenez Identificad@ con documento de identidad N° 80246263 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 Carlos S







NIT. 910010944-4

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

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



### CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 120796

|                                                    |                                  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|
| FECHA: 13/02/2026 HORA: 7:51                       | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO |
| NOMBRES: EDWIN STIVEN MALAMBO AROCA                | DOCUMENTO: 1233490149            |
| Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS | EDAD: 28 GENERO: M               |
| Cargo: OFICIAL DE OBRA                             | Tel: 3115692002 -                |

#### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | SI |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunación                | NA | Radiología Torax     | NA |

#### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | SI | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprologico        | NA |

#### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

#### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                         |    |                                  |    |                                      |    |
|-----------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| Higiene Postural                        | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas          | NA |
| Pausas Activas                          | SI | Control Optométrico Periódico    | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomía del Puesto de trabajo         | SI | Uso de Lentes Permanentes        | NA | Valoración y Manejo en IPS           | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana     | NA | Dieta - Ejercicio Físico             | SI |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS  | NA | Control de Tensión Arterial      | NA | Control Espirometría                 | NA |
| Control Audiométrico                    | NA | Estilos de Vida Saludable        | SI | Control Médico Ocupacional Anual     | SI |



Les este código QR con su celular para validar su autenticidad

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

|                                                                                                                    |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                    | Firma Trabajador |
| CAMILLO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO<br>LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19<br>Médico Especialista en Salud Ocupacional |                  |

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

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

Carrera 21 No. 24-00/06 Sur  
Barrio Olaya - Bogotá D.C.  
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657  
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992  
umedltda@gmail.com- www.umedips.co



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.233.490.149

MALAMBO AROCA

APELLIDOS

EDWIN STIVEN

NOMBRES

Edwin Stiven malambo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1997

ORTEGA  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

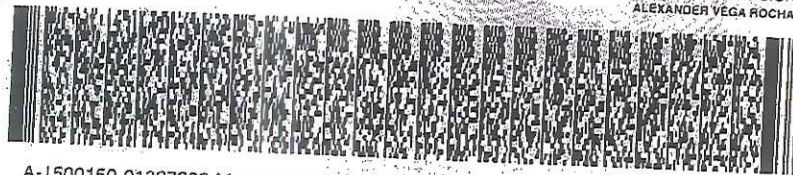
M

SEXO

03-SEP-2015 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01327399-M-1233490149-20221105

0088972004A 1.

9921255583



Medellín, 06 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                              | Nombre                     | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción         | Tipo Cotizante | Estado      |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000004 OPERARIOS TRANSPORTE |                            | Clase: 4                |                      | Porcentaje Cotización: 4.35 % |                |             |
| C1233490149                                        | MALAMBO AROCA EDWIN STIVEN | 07/01/2026              |                      | 16092392                      | DEPENDIENTE    | POR INICIAR |

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2026 14:58:51 .  
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.  
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.51.118.244, 192.230.104.5, 172.16.42.57

12140485



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No.Radicación: 79581

**nueva**  
eps  
gente cuidando gente  
NIT. 900.158.264-2

FECHA DE RADICACIÓN  
**10 01 2026**

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES  
PRIMER APELLIDO MALAMBO SEGUNDO APELLIDO AROCA PRIMER NOMBRE EDWIN SEGUNDO NOMBRE STIVEN  
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1233490149 11. SEXO BIOLÓGICO F 12. SEXO IDENTIFICACIÓN F X T NB Otro  
13. NACIONALIDAD COLOMBIA 14. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA TOLIMA DEPARTAMENTO ORTEGA MUNICIPIO 15. FECHA NACIMIENTO 03 09 1997

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

16. ETNIA 6 17. COLOMBIA INDÍGENA SI NO X 18. DISCAPACIDAD SI NO X 19. TIENE ENCUESTA SIGBEN? SI NO X 20. CLASIFICACIÓN SIGBEN NIVEL GRUPO 21. GRUPO POBLACION ESPECIAL 22. ARL POSITIVA  
23. AFP NINGUNA 24. IBC \$1,750,905.00 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA \$0.00 26. RESIDENCIA KR 90 40 SUR 29 DIRECCIÓN DEPARTAMENTO DISTRITO CAPITAL  
TELÉFONO Fijo 3115692002 TELÉFONO Celular 3115692002 CORREO ELECTRÓNICO stivenmalamboaroca@gmail.com ZONA CAJETA MUNICIPAL X CENTRO POBLADO DESPERSO DESP. RURAL IPS 99067

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE  
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 30. SEXO BIOLÓGICO 31. SEXO IDENTIFICACIÓN CUAL? CUAL? F M T NB Otro  
32. NACIONALIDAD 33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO 34. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

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

| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO | 42. FECHA DE NACIMIENTO |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| B1                                                     |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
| B2                                                     |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
| B3                                                     |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
| B4                                                     |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
| B5                                                     |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |

**Datos complementarios del Beneficiario**

| 43. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL | 44. TIENE ENCUESTA SIGBEN? | 45. CLASIFICACIÓN SIGBEN | 46. DISCAPACIDAD | 47. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 48. Datos de residencia | 49. ZONA |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------|
| B1                              |                            |                          |                  |                                   |                         |          |
| B2                              |                            |                          |                  |                                   |                         |          |
| B3                              |                            |                          |                  |                                   |                         |          |
| B4                              |                            |                          |                  |                                   |                         |          |
| B5                              |                            |                          |                  |                                   |                         |          |

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

55. Nombre o razón social CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIOLO XXI SAS 56. Tipo documento de identificación 57. Número del documento de identificación 901850515 58. Tipo de aportante o pagador (se registra por la EPS)  
59. Ubicación KR 82 J 64 64 TELÉFONO Fijo o Celular construccionesytransportes21@gmail.com DISTRITO CAPITAL BOGOTÁ

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

60. TIPO DE NOVEDAD  
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN  
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN  
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD  
4. ACTUALIZACIÓN Y CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS  
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código:  
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código:  
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES  
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES  
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR  
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO  
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA, COLECTIVAS  
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS  
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS  
14. MOVILIDAD  
15. AL REGIMEN CONTRIBUTIVO  
16. AL REGIMEN SUBSIDIADO  
16. TRASLADO  
a) MISMO RÉGIMEN  
b) DIFERENTE RÉGIMEN  
17. REPORTE DE FALLECIMIENTO  
18. REPORTE DE FALLECIMIENTO  
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO  
20. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO  
21. REPORTE DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA  
22. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE  
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 62. SEXO BIOLÓGICO 63. SEXO IDENTIFICACIÓN CUAL? CUAL? F M T NB Otro  
64. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO 65. EPS ANTERIOR 66. FECHA DE NOVEDAD 07 01 2026 67. MOTIVO DE TRASLADO Código 68. CALIDAD DE PENSIONADO FAMILIAR O PASADERO DE PENSIONADO

**VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

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

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

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

**IX. ANEXOS**

82. Anexos copia del documento de identificación. CN CM RC FT CC CE SC PA CD AG PT Total  
83. Copia del documento 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 resolución judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, separación judicial que declare la separación de cuerpos y custodia 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 el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de denuncia 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 (Ley 1712 de 2014 y 5 del artículo 2.1.7 del Decreto 780 de 2016).  
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.  
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio Código del departamento 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE  
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO 96. FECHA DE RADICACIÓN DIA MES AÑO 97. FECHA DE VALIDACIÓN DIA MES AÑO

**OBSERVACIONES:**

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

- ORIGINAL: E.P.S. -



# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

**nueva**  
eps  
gente cuidando gente  
NIT. 800.158.264-2

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

Yo, **EDWIN STIVEN MALAMBO AROCA** identificado(a) con C.C. **1233490149** de **ORTEGA**, certifico que:

|                                                                                                                                                                        |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?                                                                                    | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?                                                                                                               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?                                                                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3115692002** y/o correo electrónico: **stivenmalamboaroca@gmail.com**

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

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes> Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Si ☐ No ☐

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

Cordialmente, **EDWIN**

Firma: \_\_\_\_\_  
Tipo ID: **CC** No. ID: **1233490149**  
Fecha de Solicitud: **10/01/2026**  
Dirección: **KR 90 40 SUR 29**  
Tel: **3115692002** Municipio: **BOGOTA**  
Departamento: **DISTRITO CAPITAL**

Huella \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Tipo ID: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_

Huella \_\_\_\_\_

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

## Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

\* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: [www.nuevaeps.co](http://www.nuevaeps.co)

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: (601) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Sr. (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

## Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- \* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- \* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- \* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- \* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- \* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

## INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

| ACTIVIDAD ECONOMICA  | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES                                                                                                                                                                                                      | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA | SI                                                                                                                            | NO | PRODUCTOR AGROPECUARIO | SI | NO |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|----|----|
|                      | POSITIVA                                                                                                                                                                                                                                 | NINGUNA                               | 1750905                    |                       |                                                                                                                               |    |                        |    |    |
| Nivel de Escolaridad | Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>                                                         |                                       |                            | Posición Ocupacional  | Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> |    |                        |    |    |
|                      | Preescolar <input type="checkbox"/> Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/> |                                       |                            | Inicio Contrato       |                                                                                                                               |    |                        |    |    |
|                      | Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>                           |                                       |                            | Fin Contrato          |                                                                                                                               |    |                        |    |    |

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORAL LA CUAL FEBRERA VIENE HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 808 ART. 57 DE 1969 Y ART. 59 DECRETO 1486 DE 1999.

|                                                                 |                    |     |      |      |                                                  |    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|-----|------|------|--------------------------------------------------|----|
| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | NIT | C.C. | C.E. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | OT |
|                                                                 |                    |     |      |      |                                                  |    |

## INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

|                              |                          |                   |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA |
| Angie Andrea Giraldo Jimenez | A1384                    |                   |

CIUDAD Y FECHA \_\_\_\_\_





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

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

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**EDWIN STIVEN MALAMBO AROCA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.233.490.149**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 1233490149               |
| Nombres y Apellidos                           | EDWIN MALAMBO AROCA         |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 7/1/2026                    |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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

EoYLm2VfS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio

|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                  |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                         |                 |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                   |                 |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                 |
| DPTO                                                                             | OPERATIVO                                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                               | 02 Febrero 2026 |
| CARGO                                                                            | Oficial                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | 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.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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 Oficial

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Edwin Steven Molambo Aroca

FIRMA: edwin molambo

C.C.: 1233490149



|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Edwin Steven Malambo Aroca , identificado con cédula de ciudadanía N°: 1233490149 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Oficial 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;*

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Edwin Malinba

Fecha de Notificación: 02 Febrero 2026

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Edwin Malambo

Nombre: Edwin Oliver

Nombre: Malambo Aroca

Cédula: 1233490149



|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Edwin Oliver Molambo Aroca CARGO: Oficial

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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>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<br>Diciembre 2025                                                      |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | X |   |

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

Yo Edwin Oliver Molambo Aroca 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 Edwin molambo







NIT: 830.015894-4

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

Código de prestación de servicios de la salud: 11001000000  
 Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.  
 Resolución No. 1401 de Mayo 26 de 1991  
 Dra. María Luisa Molina M. CPT No. 13928-1  
 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
 Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo  
 Res. 7462 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 120800

|                                                    |                                  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|
| FECHA: 13/02/2026 HORA: 8:7                        | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO |
| NOMBRES: JOSE GUILLERMO GAMEZ DIAZ                 | DOCUMENTO: 7330633               |
| Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS | EDAD: 66 GENERO: M               |
| Cargo: AYUDANTE DE OBRA                            | Tel: 3214024173 -                |

## EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | SI |
| Electrocardiograma        | SI | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunas                   | NA | Radiología Torax     | NA |

## LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Tríglíceridos       | SI | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprologico        | NA |

## CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURAS. SE ANEXA REPORTE DE ELECTROCARDIOGRAMA DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.

## RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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



Lea este código QR con su celular para validar su autenticidad

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO  
 LICENCIA No. RES.7058 DE 16/06/19  
 Médico Especialista en Salud Ocupacional  
 R.M. 4687  
 1958 de 16/06/2019

Firma Trabajador

JOSE GAMEZ

C.C. No

Carrera 21 No 26-00/06 Sur  
 Barrio Olivos - Bogotá D.C.

Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992

umedltda@gmail.com - www.umedips.co

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL garantiza todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2, COVID 19 según resolución 2600 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.330.633**  
**GAMEZ DIAZ**

APELLIDOS  
**JOSE GUILLERMO**

NOMBRES

*JOSE GUILLERMO GAMEZ DIAZ*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1959**  
**GARAGOA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.60**

**A+**

**M**

ESTATURA G.S. RH  
**19-JUL-1978 GARAGOA**

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2900100-01104257-M-0007330633-20191019

0068362771A 2

6365651685

Medellín, 06 de January de 2026

## LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

### HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                              | Nombre                    | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante         | Estado      |
|----------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000004 OPERARIOS TRANSPORTE |                           |                         |                      | Clase: 4              | Porcentaje Cotización: | 4.35 %      |
| C7330633                                           | GAMEZ DIAZ JOSE GUILLERMO | 07/01/2026              |                      | 17014216              | DEPENDIENTE            | POR INICIAR |

null

### Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2026 15:07:57 .

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

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

Dirección IP: 179.51.118.249, 198.143.37.38, 172.16.42.57



9012565730  
9012565730

No. de Radicación SAT  
30132698

Fecha de Radicación  
14 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

|                                                                                                                                |                                         |                                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: GAMEZ<br>Segundo Apellido: DIAZ<br>Primer Nombre: JOSE<br>Segundo Nombre: GUILLERMO | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC | 10. Número del documento de identidad<br>7330633 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cual <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                                      | 15. Fecha de nacimiento<br>08 08 1959   |                                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                  |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                                                                                |               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                                      | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           | 19. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBÉN<br>Nivel: Grupo:           | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA |               | 23. Administradora de Pensiones                                                                                                                                                     |                                                                                         | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$1.750.905 | 25. Tarifa contribución solidaria |
| 26. Residencia<br>Dirección: Teléfono fijo: Teléfono celular: Correo electrónico:              |               | 27. Zona<br>Cabeza Municipal <input type="checkbox"/><br>Rural Disperso <input type="checkbox"/><br>Centro Poblado <input type="checkbox"/><br>Resto Rural <input type="checkbox"/> |                                                                                         |                                                     |                                   |

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

|                                                                                              |                                                |                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 28. Tipo de documento de identidad             | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cual <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 34. Fecha de nacimiento<br>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                  |

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

|                                                                                              |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 40. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/><br>M <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/><br>O <input type="checkbox"/><br>C <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 42. Fecha de nacimiento<br>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| B1                                                                                           |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |
| B2                                                                                           |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |
| B3                                                                                           |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |
| B4                                                                                           |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |
| B5                                                                                           |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                |

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBÉN<br>NIVEL: GRUPO: | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
| B1             |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
| B2             |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
| B3             |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
| B4             |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
| B5             |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |

51. Datos de residencia

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

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

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

|                                                                  |                                                      |                                                                |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social<br><b>CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES</b> | 56. Tipo de documento de identificación<br><b>NT</b> | 57. Número del documento de identificación<br><b>901850515</b> | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones<br>(a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br><b>CR 82 J N 64 64</b>                          | <b>31159963</b>                                      | <b>BOGOTA</b>                                                  | <b>DISTRITO CAPITAL</b>                                                  |
|                                                                  |                                                      | Municipio / Distrito                                           | Departamento                                                             |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

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

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

|                                     |                  |                                   |                                    |                                                                                                                    |                                    |                                                          |  |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| 61. Datos básicos de identificación |                  | 62. Sexo biológico                |                                    | 63. Sexo identificación                                                                                            |                                    | 64. Fecha de nacimiento                                  |  |
| Primer Apellido                     | Segundo Apellido | Femenino <input type="checkbox"/> | Masculino <input type="checkbox"/> | Femenina <input type="checkbox"/>                                                                                  | Masculino <input type="checkbox"/> | D / D / M / M / A / A / A / A                            |  |
| Tipo de documento de identidad      |                  | Número del documento de identidad |                                    | T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |                                    |                                                          |  |
| 65. EPS anterior                    |                  | 66. Fecha de novedad              |                                    | 67. Motivo de traslado                                                                                             |                                    | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |  |
|                                     |                  | 07 / 01 / 2026                    |                                    | Código <input type="text"/>                                                                                        |                                    |                                                          |  |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                   | <input type="checkbox"/> 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.    |
| <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                         | <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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.             | <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.             | <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.                                                                                        |

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

|                                                                                                                                                               |                  |                                   |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------|
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |                  |                                   |                |
| Apellidos y nombres                                                                                                                                           |                  |                                   |                |
| Primer Apellido                                                                                                                                               | Segundo Apellido | Primer Nombre                     | Segundo Nombre |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                |                  | Número del documento de identidad |                |

**IX. FIRMAS**

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

**X. ANEXOS**

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

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

|                                              |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 92. Identificación de la Entidad Territorial | 93. Nombre de la institución                 |
| Código del municipio <input type="text"/>    | Código del departamento <input type="text"/> |

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

|                                     |                  |                                   |                |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------|
| 94. Apellidos y nombres             |                  | 95. Firma del funcionario         |                |
| Primer Apellido                     | Segundo Apellido | Primer Nombre                     | Segundo Nombre |
| Tipo de documento de identidad      |                  | Número del documento de identidad |                |
| 96. Fecha de radicación             |                  | 97. Fecha de validación           |                |
| D / D / M / M / A / A / A / A       |                  | D / D / M / M / A / A / A / A     |                |
| OBSERVACIONES:                      |                  |                                   |                |
| CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO |                  |                                   |                |

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.



## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE GUILLERMO GAMEZ DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7330633**, se encuentra afiliado/a desde **30/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 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 DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 7330633                  |
| Nombres y Apellidos                           | JOSE GAMEZ DIAZ             |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 7/1/2026                    |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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

lAfnHmE8S



FOR-PGIE-0100

  
**Vigilado Supersubsidio**

|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                  |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                              |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Ayudante                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | 02 Febrero 2026                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | AREA                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERATIVA                                                                                                                                                          |  |
| FACTOR DE RIESGO                                                                 | CONDICIONES DE RIESGO                              | EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA                                     | E.P.P                                                                                                                                                                                                                                                       | NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD                                                                                                                                      |  |
| Físico                                                                           | Exposición a ruido continuo                        | Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.       | Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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 Ayudante

NOTIFICADO: 5:

NOMBRE: Jose Guillermo Gomez Diaz

FIRMA: [Firma]

C.C.: 7830623

|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Jose Guillermo Gomez Diaz, identificado con cédula de ciudadanía N°: 7330633 de Garagoa que con motivo del desempeño de sus labores como Aludante 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;*

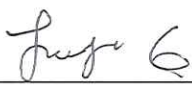


|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Jorge G

Nombre: José Guillermo Gomez Diaz

Cédula: 7330637

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jose Guillermo Gomez Diaz CARGO: Ayudante

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   | ✓ |
| 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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi                                                                                                                                                      |   | ✓ |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.                                                                                                                         |   |   | ✓ |



|                                                                                   |                                                    |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                   | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | ✓ |   |

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

Yo Jose Guillermo Gomez Diaz Identificad@ con documento de identidad N° 7330633 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 Jos G







NIT: 830.015894-4

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

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

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.  
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 - T  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



### CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 120866

|                                                    |  |                                  |                    |
|----------------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------|
| FECHA : 16/02/2026 HORA:7:39                       |  | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO |                    |
| NOMBRES: JOSE HUMBERTO POVEDA GONZALEZ             |  | DOCUMENTO: 80231144              | EDAD: 45 GENERO: M |
| Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS |  | Cargo: CONDUCTOR                 | Tel: 3218913047 -  |

#### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | NA |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunas                   | NA | Radiología Torax     | NA |

#### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | SI | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprologico        | NA |

#### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

RECOMENDACION: 1. CONSULTA Y MANEJO POR EPS - NUTRICION

#### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este código QR con su celular para validar su autenticidad



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

|                                                                                                                      |                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| <p>NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ<br/>LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019<br/>Médico Especialista en Salud Ocupacional</p> | <p>Firma Trabajador</p> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|

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

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

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



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.231.144  
POVEDA GONZALEZ

APELLIDOS  
JOSE HUMBERTO

NOMBRES

Jose Poveda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1980

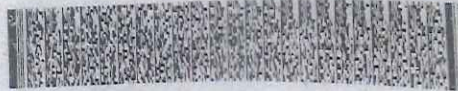
TUNJA  
(BOYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA A+ SEXO M

25-AGO-1998 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CELOS ARBEL GONZALEZ TORRES



A-1804700-00203322-M-0060231144 20081215 0018061295A-1 33560992

Medellín, 16 de February de 2026

## LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

### HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                              | Nombre                        | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción         | Tipo Cotizante | Estado      |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000004 OPERARIOS TRANSPORTE |                               | Clase: 4                |                      | Porcentaje Cotización: 4.35 % |                |             |
| C80231144                                          | POVEDA GONZALEZ JOSE HUMBERTO | 17/02/2026              |                      | 14663920                      | 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 14:36:49 .

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

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

Dirección IP: 179.51.118.247, 192.230.104.11, 172.16.42.57

9012688040  
9012688040

30318273

Fecha de Radicación  
18 02 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/><br>B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/><br>C. Beneficiario <input type="checkbox"/><br>D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Independiente <input type="checkbox"/><br>C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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

|                                                     |                                                              |                                                                                                          |                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>POVEDA<br>Primer Apellido | GONZALEZ<br>Segundo Apellido                                 | JOSE<br>Primer Nombre                                                                                    | HUMBERTO<br>Segundo Nombre                                                                                    |
| 9. Tipo de documento de identidad<br>CC             | 10. Número del documento de identidad<br>80231144            | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. Nacionalidad                                    | 14. Lugar de nacimiento<br>País<br>Departamento<br>Municipio | 15. Fecha de nacimiento<br>17 08 1980                                                                    |                                                                                                               |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                                                                                |               |                                                                                           |                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. Etnia                                                                                      | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/> | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel <input type="text"/><br>Grupo <input type="text"/> | 21. Grupo de población especial                                                                                                                                                   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA |               | 23. Administradora de Pensiones                                                           |                                                                                         | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$1.750.905                                  | 25. Tarifa contribución solidaria                                                                                                                                                 |
| 26. Residencia<br>Dirección                                                                    |               | Teléfono fijo                                                                             |                                                                                         | Teléfono celular                                                                     | Correo electrónico                                                                                                                                                                |
| Departamento                                                                                   |               | Municipio / Distrito                                                                      |                                                                                         | Localidad / Comuna                                                                   | Zona<br>Cabezera Municipal <input type="checkbox"/><br>Rural Disperso <input type="checkbox"/><br>Centro Poblado <input type="checkbox"/><br>Resto Rural <input type="checkbox"/> |

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

|                                                                                                   |                                                                    |                                       |                                                                                               |                                                                                                    |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido<br>Segundo Apellido<br>Primer Nombre<br>Segundo Nombre | 28. Tipo de documento de identidad                                 | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País<br>Departamento<br>Municipio                                      | 34. Fecha de nacimiento<br>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |                                       |                                                                                               |                                                                                                    |                  |

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

|                                                                                                   |                                    |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                    |                                                              |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido<br>Segundo Apellido<br>Primer Nombre<br>Segundo Nombre | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 40. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País<br>Departamento<br>Municipio | 42. Fecha de nacimiento<br>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |                                                                                         |                                                                                      |                                                                                |                                                                                          |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBEN<br>NIVEL <input type="text"/><br>GRUPO <input type="text"/> | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

51. Datos de residencia

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



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

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

|                                                                  |                                                      |                                                                |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social<br><b>CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES</b> | 56. Tipo de documento de identificación<br><b>NT</b> | 57. Número del documento de identificación<br><b>901850515</b> | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br><b>CR 82 J N 64 64</b>                          | <b>31159963</b>                                      | <b>BOGOTÁ</b>                                                  | <b>DISTRITO CAPITAL</b>                                               |

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |                  |                                   |                |                                                                      |                                                                      |                                                          |  |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| 61. Datos básicos de identificación |                  | 62. Sexo biológico                |                | 63. Sexo identificación                                              |                                                                      | 64. Fecha de nacimiento                                  |  |
| Primer Apellido                     | Segundo Apellido | Primer Nombre                     | Segundo Nombre | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | D D M M A A A A                                          |  |
| Tipo de documento de identidad      |                  | Número del documento de identidad |                | 65. EPS anterior                                                     |                                                                      | 66. Fecha de novedad                                     |  |
|                                     |                  |                                   |                |                                                                      |                                                                      | D M A A 2026                                             |  |
|                                     |                  |                                   |                | 67. Motivo de traslado                                               |                                                                      | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |  |
|                                     |                  |                                   |                | Código                                                               |                                                                      |                                                          |  |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                   | <input type="checkbox"/> 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.    |
| <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                         | <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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.             | <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.             | <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.                                                                                        |

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

|                                                                                                                                                               |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |  |  |  |
| Apellidos y nombres                                                                                                                                           |  |  |  |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                |  |  |  |
| Número del documento de identidad                                                                                                                             |  |  |  |

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

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

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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE HUMBERTO POVEDA GONZALEZ identificado(a) con C.C No. 80.231.144, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de Febrero del 2026.

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

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



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



Bogotá DC. 17 de Febrero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 17/2/2026, 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](http://www.compensar.com)

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

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 80231144                   |
| Nombres y Apellidos                           | JOSE HUMBERTO POVEDA GONZALEZ |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                   |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE   |
| Código Sucursal                               | 0                             |
| Código Centro de Costo                        | 0                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 17/2/2026                     |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 17/2/2026                     |
| Cargo                                         | OPERARIO                      |
| 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](http://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

b4uyQAhAS



FOR-PGIE-0100



**Vigilado Supersubsidio**



|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                              | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              | Versión: 01                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              | Noviembre de 2025                                                                                                                                                   |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              | FECHA                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              | 16 Febrero 2026                                                                                                                                                     |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Conductor Volqueta                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                              | 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.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Bolsas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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 Volquetas.

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Jose Humberto Poveda Gonzalez

FIRMA: Jose Poveda

C.C.: 80231144

|                                                                                  |                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Jose Humberto Pareda Gonzalez, identificado con cédula de ciudadanía N°: 80231144 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Volqueta 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;*



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Jose Poveda

Fecha de Notificación: 16 Febrero 2026



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Jose Poveda

Nombre: Jose Humberto Poveda Gonzalez

Cédula: 80231144

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: José Humberto Pareda G. CARGO: Conductor Volquete

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN:      FECHA REALIZACIÓN: 16/02/2026

APROBÓ ✓ NO APROBÓ     

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

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

|                                                                                   |                                                    |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                   | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | x |   |

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

Yo Jose Humberto Poveda Gonzalez Identificad@ con documento de identidad N° 80231144 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 Jose Poveda







# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

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

Código de prestador de servicios de la salud No. 11051054190  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 24 de 1997  
Dra. María Luisa Molina M., CPTP No. 13958 - I  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



### CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 120801

|                                                    |                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| FECHA : 13/02/2026 HORA:8:9                        | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO      |
| NOMBRES: LUIS ALFONSO ORTIZ GALINDO                | DOCUMENTO: 4248728 EDAD: 62 GENERO: M |
| Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS | Cargo: OFICIAL Tel: 3107885717 -      |

#### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | SI |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunas                   | NA | Radiología Torax     | NA |

#### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | SI | Frotis Faríngeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprológico        | NA |

#### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

RESTRICCION: MANIPULACION DE CARGAS HASTA 15 KG. 2. DEBE ASISTIR A CONSULTA POR IPS - MEDICINA GENERAL - CIRUGIA GENERAL

#### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                                                |                                         |    |                                  |    |                                      |    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| Lea este código QR con su celular para validar su autenticidad | Higiene Postural                        | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | SI | Evitar Posturas Prolongadas          | NA |
|                                                                | Pausas Activas                          | SI | Control Oplométrico Periódico    | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
|                                                                | Ergonomía del Puesto de trabajo         | SI | Uso de Lentes Permanentes        | NA | Valoración y Manejo en IPS           | NA |
|                                                                | Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana     | SI | Dieta - Ejercicio Físico             | NA |
|                                                                | Valoración por Medicina Laboral de EPS  | NA | Control de Tensión Arterial      | NA | Control Espirometría                 | NA |
|                                                                | Control Audiométrico                    | SI | Estilos de Vida Saludable        | SI | Control Médico Ocupacional Anual     | SI |
|                                                                |                                         |    |                                  |    |                                      | NA |

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

|                                                                                                                        |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <br><b>NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ</b><br>LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br><br>C.C. No. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

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

Realice sus exámenes en instituciones médicas autorizadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S. Salud Ocupacional

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 4.248.728

ORTIZ GALINDO

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES

*Luis Alfonso Ortiz*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1963

RONDON  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

18-AGO-1982 SIACHOQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01206000-M-0004248728-20210131

0073250292A 1

9914511337

ESTADO CIVIL



Medellín, 28 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                             | Nombre                     | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción         | Tipo Cotizante | Estado      |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC |                            | Clase: 5                |                      | Porcentaje Cotización: 6.96 % |                |             |
| C4248728                                          | ORTIZ GALINDO LUIS ALFONSO | 29/01/2026              |                      | 29225147                      | DEPENDIENTE    | POR INICIAR |

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:32:05 .  
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.  
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.51.118.248, 198.143.37.45, 172.16.42.57

9012624354  
9012624354

No. de Radicación SAT  
30217763

Fecha de Radicación  
29 | 01 | 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

|                                                                                                                                                             |                                           |                                                  |                                                                                                       |                                                                                                                                               |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>ORTIZ</b><br>Segundo Apellido: <b>GALINDO</b><br>Primer Nombre: <b>LUIS</b><br>Segundo Nombre: <b>ALFONSO</b> | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC   | 10. Número del documento de identidad<br>4248728 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: <b>Colombia</b><br>Departamento: <b>Cundinamarca</b><br>Municipio: <b>Soacha</b>                                           | 15. Fecha de nacimiento<br>28   02   1963 |                                                  |                                                                                                       |                                                                                                                                               |                  |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                                             |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                                                                                                                                      | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                        | 19. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBÉN<br>Nivel: <b>1</b> Grupo: <b>1</b> | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA                                                                                                 |               | 23. Administradora de Pensiones                                                                                                                                               |                                                                                      | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$1.750.905         | 25. Tarifa contribución solidaria |
| 26. Residencia<br>Dirección: <b>Calle 123 No. 45-67</b><br>Teléfono fijo: <b>310 123 4567</b><br>Teléfono celular: <b>310 987 6543</b><br>Correo electrónico: <b>alfonso.galindo@ortiz.com</b> |               | 27. Lugar de nacimiento<br>País: <b>Colombia</b><br>Departamento: <b>Cundinamarca</b><br>Municipio: <b>Soacha</b><br>Localidad / Comuna: <b>Soacha</b><br>Zona: <b>Urbana</b> |                                                                                      |                                                             |                                   |

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

|                                                                                                                                                              |                                           |                                                  |                                                                                                       |                                                                                                                                               |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>ORTIZ</b><br>Segundo Apellido: <b>GALINDO</b><br>Primer Nombre: <b>LUIS</b><br>Segundo Nombre: <b>ALFONSO</b> | 28. Tipo de documento de identidad<br>CC  | 29. Número del documento de identidad<br>4248728 | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País: <b>Colombia</b><br>Departamento: <b>Cundinamarca</b><br>Municipio: <b>Soacha</b>                                            | 34. Fecha de nacimiento<br>28   02   1963 |                                                  |                                                                                                       |                                                                                                                                               |                  |

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

|                                                                                                                                                              |                                          |                                                  |                  |                                                                                                       |                                                                                                                                               |                                                                                                                   |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>ORTIZ</b><br>Segundo Apellido: <b>GALINDO</b><br>Primer Nombre: <b>LUIS</b><br>Segundo Nombre: <b>ALFONSO</b> | 36. Tipo de documento de identidad<br>CC | 37. Número del documento de identidad<br>4248728 | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 40. Sexo identificación<br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País: <b>Colombia</b><br>Departamento: <b>Cundinamarca</b><br>Municipio: <b>Soacha</b> | 42. Fecha de nacimiento<br>28   02   1963 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |                                                                                      |                                                             |                                                                             |                                                                                       |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBÉN<br>Nivel: <b>1</b> Grupo: <b>1</b> | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

51. Datos de residencia

|                                       |                                     |                     |                                 |                               |                               |                            |                                                |                                                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Departamento: <b>Cundinamarca</b>     | Municipio / Distrito: <b>Soacha</b> | Zona: <b>Urbana</b> | Cabeza Municipal: <b>Soacha</b> | Rural Disperso: <b>Soacha</b> | Centro Poblado: <b>Soacha</b> | Resto Rural: <b>Soacha</b> | Teléfono fijo y/o celular: <b>310 123 4567</b> | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| Dirección: <b>Calle 123 No. 45-67</b> |                                     |                     |                                 |                               |                               |                            |                                                | Correo electrónico: <b>alfonso.galindo@ortiz.com</b>                |



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

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

|                                                                  |  |                                                      |                                                                |                                                                       |                      |
|------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 55. Nombre o razón social<br><b>CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES</b> |  | 56. Tipo de documento de identificación<br><b>NT</b> | 57. Número del documento de identificación<br><b>901850515</b> | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |                      |
| 59. Ubicación<br><b>CR 82 J N 64 64</b>                          |  | 60. Dirección<br><b>31159963</b>                     | 61. Correo electrónico                                         | 62. BOGOTA                                                            | 63. DISTRITO CAPITAL |
|                                                                  |  |                                                      |                                                                | Municipio / Distrito                                                  | Departamento         |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

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

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

|                                     |  |                                               |  |                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| 61. Datos básicos de identificación |  | 62. Sexo biológico                            |  | 63. Sexo identificación                                                                                            |  | 64. Fecha de nacimiento                                              |  |
| Primer Apellido                     |  | Segundo Apellido                              |  | Primer Nombre                                                                                                      |  | Segundo Nombre                                                       |  |
| Tipo de documento de identidad      |  | Número del documento de identidad             |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                               |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |  |                                               |  | T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |  | D   D   M   M   A   A   A   A                                        |  |
| 65. EPS anterior                    |  | 66. Fecha de novedad<br><b>29 / 01 / 2026</b> |  | 67. Motivo de traslado<br>Código <input type="checkbox"/>                                                          |  | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones             |  |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 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. |  | <input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

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

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

**IX. FIRMAS**

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

**X. ANEXOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| 82. Anexo copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> | Cantidad: | TOTAL ANEXOS <input type="checkbox"/> |
| 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br>84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br>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.<br>86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br>87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br>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.<br>89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.<br>90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br>91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. |                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                       |

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

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

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

|                                     |  |                                   |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 94. Apellidos y nombres             |  | 95. Firma del funcionario         |  |
| Primer Apellido                     |  | Segundo Apellido                  |  |
| Tipo de documento de identidad      |  | Número del documento de identidad |  |
| 96. Fecha de radicación             |  | 97. Fecha de validación           |  |
| D   D   M   M   A   A   A   A       |  | D   D   M   M   A   A   A   A     |  |
| OBSERVACIONES:                      |  |                                   |  |
| CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO |  |                                   |  |

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.

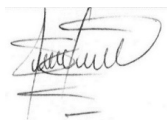


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALFONSO ORTIZ GALINDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4248728**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de febrero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 4248728                  |
| Nombres y Apellidos                           | LUIS ORTIZ GALINDO          |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 29/1/2026                   |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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

yiMkzITsS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio

|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                   |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                               |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Oficial                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             | 02 Febrero 2026                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | AREA                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERATIVA                                                                                                                                                           |  |
| FACTOR DE RIESGO                                                                 | CONDICIONES DE RIESGO                              | EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA                                     | E.P.P                                                                                                                                                                                                                                                       | NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD                                                                                                                                       |  |
| Físico                                                                           | Exposición a ruido continuo                        | Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.       | Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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 Oficial

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Luis Alfonso Ortiz Galindo

FIRMA: [Firma]

C.C.: 4248728



|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: FO-SST-010 |
|                                                                                  |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                           | Diciembre de 2025  |

## NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Luis Alfonso Ortiz Galindo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 4248728 de Giachoque que con motivo del desempeño de sus labores como Oficial 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;*

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: FO-SST-012 |
|                                                                                   |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                           | Diciembre de 2025  |

Lugar: Punto PAC

Fecha: 02 Febrero 2026

### NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

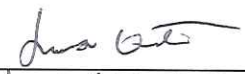
Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo once de la resolución 1843 de 2025 (Ministerio de la protección social).

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: Luis Alfonso Ortiz Salgado

Cédula: 4248728



|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: LUIS ALFONSO ORTIZ GALINDO CARGO: OFICIAL

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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>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<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | X |   |

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

Yo Luis Alfonso Ortiz Galindo Identificad@ con documento de identidad N° 4248728 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







# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

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

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056290  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.  
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 - T  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



### CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 116086

|                                                           |                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>FECHA:</b> 01/09/2025 <b>HORA:</b> 9:5                 | <b>EXAMEN:</b> PREOCUPACIONAL O INGRESO                     |
| <b>NOMBRES:</b> LUIS CARLOS CABALLERO                     | <b>DOCUMENTO:</b> 79210190 <b>EDAD:</b> 52 <b>GENERO:</b> M |
| <b>Empresa:</b> CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SÍGLO XXI SAS | <b>Cargo:</b> CONDUCTOR <b>Tel:</b> 3223260067 -            |

#### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | SI |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunación                | NA | Radiología Torax     | NA |

#### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | SI | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprológico        | NA |

#### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

#### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                                                |                                         |    |                                  |    |                                      |    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| Lea este código QR con su celular para validar su autenticidad | Higiene Postural                        | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas          | NA |
|                                                                | Pausas Activas                          | SI | Control Optométrico Periódico    | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
|                                                                | Ergonomía del Puesto de trabajo         | SI | Uso de Lentes Permanentes        | NA | Valoración y Manejo en IPS           | NA |
|                                                                | Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana     | SI | Dieta - Ejercicio Físico             | SI |
|                                                                | Valoración por Medicina Laboral de EPS  | NA | Control de Tensión Arterial      | NA | Control Espirometría                 | NA |
|                                                                | Control Audiométrico                    | SI | Estilos de Vida Saludable        | SI | Control Médico Ocupacional Anual     | SI |

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ  
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur  
Barrio Olaya - Bogotá D.C.

Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657  
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992

umedltda@gmail.com - www.umedips.co

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

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S. Salud Ocupacional

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



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

79.210.190

NUMERO

CABALLERO

APELLIDOS

LUIS CARLOS

NOMBRES

LUIS CARLOS CABALLERO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1972  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

09-MAR-1992 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2900100-63149281-M-0079210190-20060704

0720506181A 02 209251706

Medellín, 16 de February de 2026

## LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

### HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación                              | Nombre                | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante         | Estado      |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000004 OPERARIOS TRANSPORTE |                       |                         |                      | Clase: 4              | Porcentaje Cotización: | 4.35 %      |
| C79210190                                          | CABALLERO LUIS CARLOS | 17/02/2026              |                      | 193169Xz              | 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 14:32:40 .

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

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

Dirección IP: 179.51.118.247, 192.230.104.11, 172.16.42.57



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



|                  |
|------------------|
| No de Radicación |
| 4016354715       |

|                     |
|---------------------|
| Fecha de Radicación |
| 17/02/2016          |

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

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

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

|                                                  |                                                       |                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres                           | 9. Tipo documento de identidad                        | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico                                                              | 12. Sexo identificación                                                                                                                                                             |
| CABALLERO<br>Primer apellido<br>Segundo apellido | CC                                                    | 79210190                              | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |
| 13. Nacionalidad                                 | 14. Lugar Nacimiento                                  | 15. Fecha Nacimiento                  |                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |
| COLOMBIA                                         | País: COLOMBIA Departamento: BOGOTÁ Municipio: BOGOTÁ | 05/12/1972                            |                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                    |               |                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
|----------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 16. Etnia                                          | 17. Comunidad | 18. Discapacidad                                                   | 19. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                                                                                      | 20. Clasificación SISBEN                                      | 21. Grupo población especial |
| 6                                                  |               | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                             | Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> |                              |
| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL      |               | 23. Administradora de Pensiones                                    | 24. Ingreso base de cotización - IBC                                                                                                                                                           | 25. Tarifa Contribución Solidaria                             |                              |
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. |               | INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL                                         | 1750905                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 26. Residencia                                     |               | 27. Correo electrónico                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
| CL 6 8 13 Dirección<br>CUNDINAMARCA Departamento   |               | LUISCARLOSCABALLERO@GMAIL.COM                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
| 28. Teléfono fijo                                  |               | 29. Teléfono celular                                               | 30. Localidad / comuna                                                                                                                                                                         |                                                               |                              |
| 3115355516                                         |               | 57                                                                 | zona Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/> |                                                               |                              |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

|                                                                                                                                                                                     |  |                                |  |                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres                                                                                                                                                             |  |                                |  |                                                                      |  |
| Primer apellido                                                                                                                                                                     |  | Segundo apellido               |  | Primer nombre                                                        |  |
| 28. Tipo documento de identidad                                                                                                                                                     |  | 29. Número documento identidad |  | 30. Sexo biológico                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                     |  |                                |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
| 31. Sexo identificación                                                                                                                                                             |  | 32. Nacionalidad               |  | 33. Lugar Nacimiento                                                 |  |
| F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> |  |                                |  | País: Departamento: Municipio:                                       |  |
| 34. Fecha Nacimiento                                                                                                                                                                |  |                                |  |                                                                      |  |

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

|                                 |  |                         |  |                             |  |
|---------------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| 35. Apellidos y nombres         |  |                         |  |                             |  |
| Primer apellido                 |  | Segundo apellido        |  | Primer nombre               |  |
| 36. Tipo documento de identidad |  | 37. Número de identidad |  | 38. Nacionalidad            |  |
| B1 B2 B3 B4 B5                  |  |                         |  |                             |  |
| 39. Sexo biológico              |  | 40. Sexo identificación |  | 41. Lugar Nacimiento        |  |
| Femenino Masculino              |  | F M T NB otro cual      |  | País Departamento Municipio |  |
| 42. Fecha de nacimiento         |  |                         |  |                             |  |

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

|                                                        |                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS              | VSSOACHA - VSSOACHA                           |
| B -                                                    | -                                             |
| B -                                                    | -                                             |

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

|                                            |                                    |                                                           |                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social                  | 56. Tipo de identificación         | 57. Número de documento de identificación                 | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS | NIT                                | 901850515                                                 | 01                                                                    |
| 59. Ubicación                              |                                    |                                                           |                                                                       |
| CR 82 J NO 64 64 Dirección                 | 3115996308 Teléfono fijo o celular | CONSTRUCCIONESYTRANSPORTES21@GMAIL.COM Correo electrónico | BOGOTÁ Departamento BOGOTÁ Municipio/distrito                         |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 60. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

## 61. Datos básicos de la identificación

|                             |                                       |                                                                                            |  |                                                                                                                                                                            |  |                         |  |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Primer apellido             |                                       | Segundo apellido                                                                           |  | Primer nombre                                                                                                                                                              |  | Segundo nombre          |  |
| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad         | 62. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 63. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual |  | 64. Fecha de nacimiento |  |
| 65. EPS anterior            | 66. Fecha de Novedad<br>1/7/02 2/02/6 | 67. Motivo de traslado<br>Código: <input type="text"/>                                     |  | 68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones                                                                                                                   |  |                         |  |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

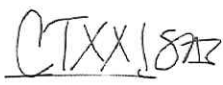
## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

## Apellidos y nombres

|                             |                               |                  |  |               |  |                |  |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Primer apellido             |                               | Segundo apellido |  | Primer nombre |  | Segundo nombre |  |
| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |                  |  |               |  |                |  |

## IX. FIRMAS

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

## X. ANEXOS

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

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

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

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

|                                            |                               |                           |  |               |  |                |  |
|--------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|---------------|--|----------------|--|
| 94. Apellidos y Nombres<br>Primer apellido |                               | Segundo apellido          |  | Primer nombre |  | Segundo nombre |  |
| Tipo documento de identidad                | Número documento de identidad | 95. Firma del funcionario |  |               |  |                |  |
| <input type="text"/>                       |                               |                           |  |               |  |                |  |
| 96. Fecha de Radicación                    | 97. Fecha de Validación       |                           |  |               |  |                |  |
| Observaciones                              |                               |                           |  |               |  |                |  |

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



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS CARLOS CABALLERO identificado(a) con C.C No. 79.210.190, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de Febrero del 2026.

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

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



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





Bogotá DC. 17 de Febrero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 17/2/2026, 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](http://www.compensar.com).

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 79210190                 |
| Nombres y Apellidos                           | LUIS CARLOS CABALLERO       |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               | 0                           |
| Código Centro de Costo                        | 0                           |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 17/2/2026                   |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 17/2/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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

303Z77R9S



FOR-PGIE-0100

  
**Vigilado Supersubsidio**

|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Conductor Volqueta                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             | 16 Febrero 2026                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | AREA                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERATIVA                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    |  |
| FACTOR DE RIESGO                                                                 | CONDICIONES DE RIESGO                              | EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA                                     | E.P.P                                                                                                                                                                                                                                                       | NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |  |
| Físico                                                                           | Exposición a ruido continuo                        | Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.       | Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>chaleco Reflectivo. | Uso de protectores auditivos.                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |  |
| Químico                                                                          | Exposición a material particulado (polvo)          | Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.  |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de tapabocas.                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |  |
| Mecánico                                                                         | Caidas al mismo nivel                              | Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.                 |                                                                                                                                                                                                                                                             | Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre área de trabajo, inspección preoperacional.                            |                                                                                                    |  |
|                                                                                  | Manipulación de herramientas manuales              | Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.                                                                                                                                     |                                                                                                    |  |
| Biológico                                                                        | Bacterias, hongos, parásitos.                      | Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.                        |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.                                                                                                                                         |                                                                                                    |  |
| Eléctrico                                                                        | Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.         | Choque eléctrico, electrocución, incendio.                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado. |                                                                                                    |  |
| Ergonómico                                                                       | Posturas inadecuadas por tiempo prolongado         | Lumbalgias, retracciones musculares.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                             | Capacitación en higiene postural. Pausas activas.                                                  |  |
|                                                                                  | Levantamiento y transporte de cargas.              | Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                             | Capacitación en el manejo adecuado de cargas.                                                      |  |
| Seguridad Pública                                                                | Inseguridad pública en las vías de desplazamiento. | Asaltos, robos, atracos.                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                             | Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización. |  |
| Psicosocial                                                                      | Organización del trabajo, contenido de la tarea    | Estrés, depresión.                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                             | Charla sobre manejo de estrés.                                                                     |  |
| Incendio                                                                         | Conexiones eléctricas, material combustible.       | Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.                       | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.                                                                                                                          |                                                                                                    |  |
| Naturales                                                                        | Terremotos, inundaciones.                          | Golpes, fracturas, hasta la muerte.                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer                                                                                                                                        |                                                                                                    |  |

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Conductor Volqueta.

NOTIFICADO: S

NOMBRE: Luis Carlos Caballero

FIRMA: Luis Carlos Caballero

C.C.: 79210190

|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: FO-SST-010 |
|                                                                                  |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                           | Diciembre de 2025  |

## NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, domiciliado en la Ciudad de Bogotá D.C , Distrito Capital, Representada legalmente por el señor(a) Jotam Maestr Diab, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Luis Carlos Caballero, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79240190 de Soacha que con motivo del desempeño de sus labores como Conductor Volqueta 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;*



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: FO-SST-010 |
|                                                                                   |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                           | Diciembre de 2025  |

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

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

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

Firma del Trabajador: Luis Calballeiro

Fecha de Notificación: 16 Feb 2026

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: FO-SST-012 |
|                                                                                   |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                           | Diciembre de 2025  |

Lugar: Punto PAC

Fecha: 16 Diciembre 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** Divino Niño Jesús

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

Recibí

Firma: Luis Caballero

Nombre: Luis Carlos Caballero

Cédula: 79210190

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Luis Carlos Caballero CARGO: Conductor Volqueta

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN:      FECHA REALIZACIÓN: 16/02/2026

APROBÓ ✓

NO APROBÓ     

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

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





# SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



## EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Versión: 01

Diciembre 2025

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | x |   |

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

Yo Luis Carlos Caballero Identificad@ con documento de identidad N° 79270190 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Luis Caballero







NIT: 830.015894-4

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**Licencia de Prestación de Servicios en seguridad  
y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según  
Resolución No. 1701 de Mayo 24 de 1997  
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 120812

|                                                    |                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| FECHA : 13/02/2026 HORA:8:47                       | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO         |
| NOMBRES: NESTOR ALBERTO REYES SOLER                | DOCUMENTO: 4226971 EDAD: 51 GENERO: M    |
| Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS | Cargo: OFICIAL DE OBRA Tel: 3123469237 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | NA | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | SI |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunas                   | NA | Radiología Torax     | NA |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | SI | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | SI | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | SI | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprológico        | NA |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                                                |                                         |    |                                  |    |                                      |    |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| Lea este código QR con su celular para validar su autenticidad | Higiene Postural                        | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas          | NA |
|                                                                | Pausas Activas                          | SI | Control Optométrico Periódico    | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
|                                                                | Ergonomía del Puesto de trabajo         | SI | Uso de Lentes Permanentes        | SI | Valoración y Manejo en IPS           | SI |
|                                                                | Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana     | NA | Dieta - Ejercicio Físico             | SI |
|                                                                | Valoración por Medicina Laboral de EPS  | NA | Control de Tensión Arterial      | NA | Control Espirometría                 | NA |
|                                                                | Control Audiométrico                    | NA | Estilos de Vida Saludable        | SI | Control Médico Ocupacional Anual     | SI |
|                                                                |                                         |    |                                  |    |                                      | NA |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ  
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur

Barrio Olaya - Bogotá D.C.

Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992

umedltda@gmail.com- www.umedips.co

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

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud. UMED LTDA IPS Salud Ocupacional



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NÚMERO **4226971**

**REYES SOLER**  
APELLIDOS

**NESTOR ALBERTO**  
NOMBRES

*Nestor Alberto Reyes Soler*

**REPUBLICA DE COLOMBIA**



FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1974**

**RONDON**  
(BOYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**29-ENE-1993 RONDON**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A:0700100-33095131-M-0004226971-20020126 00002020288 01 107629082

Medellín, 06 de January de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación                              | Nombre                     | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante         | Estado      |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Centro de trabajo: 0000000004 OPERARIOS TRANSPORTE |                            |                         |                      | Clase: 4              | Porcentaje Cotización: | 4.35 %      |
| C4226971                                           | REYES SOLER NESTOR ALBERTO | 07/01/2026              |                      | T2224015              | DEPENDIENTE            | POR INICIAR |

null

**Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios**

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2026 15:20:04 .  
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.  
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.51.118.244, 192.230.104.5, 172.16.42.57

9012565724  
9012565724

30132692

Fecha de Radicación  
14 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

|                                                                                                                                 |                                         |                                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: REYES<br>Segundo Apellido: SOLER<br>Primer Nombre: NESTOR<br>Segundo Nombre: ALBERTO | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC | 10. Número del documento de identidad<br>4226971 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cual <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                                       | 15. Fecha de nacimiento<br>30 10 1974   |                                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                  |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                                                                                                |               |                                                                                           |                                                                                         |                                                     |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                                      | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/> | 19. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBÉN<br>Nivel: Grupo:           | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA |               | 23. Administradora de Pensiones                                                           |                                                                                         | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>\$1.750.905 | 25. Tarifa contribución solidaria |
| 26. Residencia<br>Dirección: Teléfono fijo: Teléfono celular: Correo electrónico:              |               | 27. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: Fecha de nacimiento:            |                                                                                         |                                                     |                                   |

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

|                                                                                              |                                    |                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cual <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 34. Fecha de nacimiento:           |                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                  |

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

|                                                                                              |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                       |                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                                                           |
| B1                                                                                           | B2                                    | B3               | B4                                                                                            | B5                                                                                                                                                                   |                                                           |
| 36. Tipo de documento de identidad                                                           | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 40. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cual <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: |
| B1                                                                                           | B2                                    | B3               | B4                                                                                            | B5                                                                                                                                                                   |                                                           |

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |                                                                                         |                                           |                                                                                |                                                                                          |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBÉN<br>Nivel: Grupo: | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
| B1             | B2        | B3            | B4                              | B5                                                                                      |                                           |                                                                                |                                                                                          |

51. Datos de residencia

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



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

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

|                                                                  |           |                                                      |                                                                |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social<br><b>CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES</b> |           | 56. Tipo de documento de identificación<br><b>NT</b> | 57. Número del documento de identificación<br><b>901850515</b> | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones<br>(a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br><b>CR 82 J N 64 64</b>                          | Dirección | <b>31159963</b>                                      | Correo electrónico                                             | <b>BOGOTA</b><br>Municipio / Distrito                                    |
|                                                                  |           |                                                      |                                                                | <b>DISTRITO CAPITAL</b><br>Departamento                                  |

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |                                               |                                                                      |  |                                                                      |  |                         |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 61. Datos básicos de identificación |                                               | 62. Sexo biológico                                                   |  | 63. Sexo identificación                                              |  | 64. Fecha de nacimiento |  |
| Primer Apellido                     |                                               | Segundo Apellido                                                     |  | Primer Nombre                                                        |  | Segundo Nombre          |  |
| Tipo de documento de identidad      | Número del documento de identidad             | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | D D M M A A A A         |  |
| 65. EPS anterior                    | 66. Fecha de novedad<br><b>07 / 01 / 2026</b> | 67. Motivo de traslado<br>Código <input type="text"/>                |  | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones             |  |                         |  |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                   | <input type="checkbox"/> 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.    |
| <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                         | <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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.             | <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.             | <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.                                                                                        |

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

|                                                                                                                                                               |                  |                                   |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------|
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |                  |                                   |                |
| Apellidos y nombres                                                                                                                                           |                  |                                   |                |
| Primer Apellido                                                                                                                                               | Segundo Apellido | Primer Nombre                     | Segundo Nombre |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                |                  | Número del documento de identidad |                |

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

|                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |    |    |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------|
| 82. Anexo copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                             | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | TOTAL ANEXOS |
| Cantidad:                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |              |
| 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |              |
| 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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.                                                                                        |    |    |    |    |    |    |    |    |              |

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

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

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

|                                |                                   |                                            |                |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------|
| 94. Apellidos y nombres        |                                   | 95. Firma del funcionario                  |                |
| Primer Apellido                | Segundo Apellido                  | Primer Nombre                              | Segundo Nombre |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad |                                            |                |
| 96. Fecha de radicación        | 97. Fecha de validación           | OBSERVACIONES:                             |                |
| D D M M A A A A                | D D M M A A A A                   | <b>CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO</b> |                |

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:**

**NESTOR ALBERTO REYES SOLER**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.226.971**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 4226971                  |
| Nombres y Apellidos                           | NESTOR REYES SOLER          |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 7/1/2026                    |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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  
wUyyvSdgS



FOR-PGIE-0100

  
**Vigilado Supersubsidio**



|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                                                   |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                                             |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | 02 Febrero 2026                                                                                                                                                                               |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Oficial                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             | 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.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Bolas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>Chaleco Reflectivo. | Uso de protectores auditivos.                                                                                                                                                                 |  |
| Químico                                                                          | Exposición a material particulado (polvo)          | Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.  |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de tapabocas.                                                                                                                                                                             |  |
| Mecánico                                                                         | Caidas al mismo nivel                              | Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.                 |                                                                                                                                                                                                                                                             | Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre área de trabajo, inspección preoperacional.                            |  |
|                                                                                  | Manipulación de herramientas manuales              | Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.                                                                                                                                     |  |
| Biológico                                                                        | Bacterias, hongos, parásitos.                      | Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.                        |                                                                                                                                                                                                                                                             | Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.                                                                                                                                         |  |
| Eléctrico                                                                        | Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.         | Choque eléctrico, electrocución, incendio.                            |                                                                                                                                                                                                                                                             | No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado. |  |
| Ergonómico                                                                       | Posturas inadecuadas por tiempo prolongado         | Lumbalgias, retracciones musculares.                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitación en higiene postural. Pausas activas.                                                                                                                                             |  |
|                                                                                  | Levantamiento y transporte de cargas.              | Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.                         | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Capacitación en el manejo adecuado de cargas.                                                                                                                                                 |  |
| Seguridad Pública                                                                | Inseguridad pública en las vías de desplazamiento. | Asaltos, robos, atracos.                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.                                                                                            |  |
| Psicosocial                                                                      | Organización del trabajo, contenido de la tarea    | Estrés, depresión.                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Charla sobre manejo de estrés.                                                                                                                                                                |  |
| Incendio                                                                         | Conexiones eléctricas, material combustible.       | Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.                       | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.                                                                                                                          |  |
| Naturales                                                                        | Terremotos, inundaciones.                          | Golpes, fracturas, hasta la muerte.                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                           | Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer                                                                                                                                        |  |

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

NOTIFICADO: Op

NOMBRE: Nestor Alberto Reyes Soler

FIRMA: Nestor Reyes

C.C.: 4226977

|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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): Neolir Alberto Reyco Soler, identificado con cédula de ciudadanía N°: 4226971 de London que con motivo del desempeño de sus labores como Oficial 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;*



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Nelke Reyes

Fecha de Notificación: 02 Febrero 2026



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Nestor Reyes

Nombre: Nestor Alberto Reyes Salas

Cédula: 4226971

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Neotol Alberto Reyes Soler CARGO: Oficial

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. |   | Y |
| 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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones. | Y |   |   |
| COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL                                                                | A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>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<br>Diciembre 2025                                                      |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | X |   |

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

Yo Neslor Alberto Reyes Soler Identificad@ con documento de identidad N° 4226937 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 Neslor Reyes







NIT: 830.015894-4

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**

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

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590

Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según

Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997

Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 - T

Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 117032

|                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| FECHA : 04/10/2025 HORA:7:19          | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO |
| NOMBRES: PEDRO ANTONIO LOPEZ GONZALEZ | DOCUMENTO: 7330452               |
| Empresa: CONSTRUCCIONES OJEDA SILVA   | EDAD: 72 GENERO: M               |
| Cargo: AYUDANTE DE OBRA               | Tel: 3102958772 -                |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

|                           |    |                      |    |
|---------------------------|----|----------------------|----|
| Valoración Médica Laboral | SI | Respiratorio         | SI |
| Espirometría              | SI | Dermatología         | SI |
| Audiometría               | SI | Osteomuscular        | SI |
| Visiometría               | SI | Cardiovascular       | SI |
| Optometría                | NA | Prueba de equilibrio | NA |
| Electrocardiograma        | NA | Prueba Psicométrica  | NA |
| Psicología Laboral        | NA | Radiología Columna   | NA |
| Vacunas                   | NA | Radiología Torax     | NA |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

|                     |    |                    |    |
|---------------------|----|--------------------|----|
| Cuadro Hemático IVG | NA | Parcial de Orina   | NA |
| Glicemia            | NA | RH-Grupo Sanguíneo | NA |
| Colesterol          | NA | KOH Uñas           | NA |
| Triglicéridos       | NA | Frotis Faringeo    | NA |
| Serología           | NA | Coprológico        | NA |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

APTO PARA TRABAJOS EN SUPERFICIES SIN INFRADESNIVEL (PISO).

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

|                                         |    |                                  |    |                                      |    |
|-----------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------------------------|----|
| Higiene Postural                        | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | SI | Evitar Posturas Prolongadas          | NA |
| Pausas Activas                          | SI | Control Optométrico Periódico    | SI | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomía del Puesto de trabajo         | SI | Uso de Lentes Permanentes        | NA | Valoración y Manejo en IPS           | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana     | SI | Dieta - Ejercicio Físico             | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS  | NA | Control de Tensión Arterial      | NA | Control Espirometría                 | NA |
| Control Audiométrico                    | SI | Estilos de Vida Saludable        | SI | Control Médico Ocupacional Anual     | SI |
|                                         |    |                                  |    |                                      | NA |



### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ  
LICENCIA No. 8660 DE 30/02/2019  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

c.p.s. d.p. 0.10

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur

Barrio Olaya - Bogotá D.C.

Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992

umedltada@gmail.com- www.umedips.co

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

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud: UMED LTDA IPS Salud Ocupacional



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7330452

LOPEZ GONZALEZ  
APELLIDOS

PEDRO ANTONIO  
NOMBRES

*Pedro Lopez*

FIRMA



EPS Nueva

Pensiones

Direccion Calle 91 # 22 Sur

tel - 3102958782



INDICE DE RECI-O

FECHA DE NACIMIENTO  
GARAGOA  
(BOYACA)

01-MAY-1953

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

18-NOV-1977 GARAGOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500108-45102662-M-0007330452-20020518

00190 02168H 01 113926035



Medellín, 28 de January de 2026

## LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

### HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación | Nombre                         | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante         | Estado      |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Centro de trabajo:    | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC |                         |                      | Clase: 5              | Porcentaje Cotización: | 6.96 %      |
| C7330452              | LOPEZ GONZALEZ PEDRO ANTONIO   | 29/01/2026              |                      | 22016364              | DEPENDIENTE            | POR INICIAR |

null

### Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 16:42:09 .

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

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

Dirección IP: 179.51.118.248, 198.143.37.45, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 29/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS identificado con NIT número 901850515 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 9885095              | 29/01/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE            | IBC     | CARGO                          | FECHA      |
|----------------------|----------------|-----------------------------|---------|--------------------------------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 7330452        | PEDROANTONIO LOPEZ GONZALEZ | 1750905 | PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS | 2026-01-29 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Bogotá DC. 30 de Enero de 2.026

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Tipo y Número de Identificación               | CC 7330452                  |
| Nombres y Apellidos                           | PEDRO LOPEZ GONZALEZ        |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | 2 901850515                 |
| Razón Social Empleador                        | CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE |
| Código Sucursal                               |                             |
| Código Centro de Costo                        |                             |
| Fecha de Ingreso Empresa                      | 29/1/2026                   |
| Fecha de Ingreso a Compensar                  | 30/1/2026                   |
| Cargo                                         | OPERARIO                    |
| 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](http://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  
a22UR92RS



FOR-PGIE-0100

  
**Vigilado Supersubsidio**



|  |                                                    | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> |                                                                                                                                                                                                                                                             | Código: FO-SST-011                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Versión: 01                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | Noviembre de 2025                                                                                                                                                  |  |
| <b>NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO</b>                             |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |  |
| DPTO                                                                             |                                                    | OPERATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA                                                                                                                                                              |  |
| CARGO                                                                            |                                                    | Aludante                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | 02 Febrero 2026                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | AREA                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERATIVA                                                                                                                                                          |  |
| FACTOR DE RIESGO                                                                 | CONDICIONES DE RIESGO                              | EFFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA                                     | E.P.P                                                                                                                                                                                                                                                       | NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD                                                                                                                                      |  |
| Físico                                                                           | Exposición a ruido continuo                        | Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.       | Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo.<br>Gafas de seguridad o monogafas.<br>Protector auditivo de inserción o copa.<br>Tapabocas o respirador.<br>Casco de Seguridad Blanco o Amarillo.<br>Botas de Material o de Caucho.<br>Overol.<br>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 Aludante

NOTIFICADO: Si

NOMBRE: Pedro Antonio Lopez Gonzalez

FIRMA: Pedro Lopez

C.C.: 7330452

|                                                                                  |                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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 Antonio Lopez Gonzalez, identificado con cédula de ciudadanía N°: 7830452 de Garagoa que con motivo del desempeño de sus labores como Aludante 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;*



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Pedro Lopez

Fecha de Notificación: 02 Febrero 2026



|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | 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: Pedro Lopez

Nombre: Pedro Antonio Lopez Gonzalez

Cédula: 7330452

|                                                                                  |                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |
|                                                                                  | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN              | Versión: 01<br>Diciembre 2025                                                      |

### EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Pedro Antonio Lopez Gonzalez CARGO: Aludante

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.<br>B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral.<br>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.<br>B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores.<br>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<br>B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo<br>C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí                                                                                                                                                      |   | X |   |
| RIESGO                                                                                       | A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro<br>B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias<br>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<br>Diciembre 2025                                                      |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| CONDICIÓN INSEGURA     | A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes<br>B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador<br>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<br>B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes<br>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<br>B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN)<br>C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL                                                                                                                                                                                   |   | X |   |

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

Yo Pedro Antonio Lopez Gonzalez Identificad@ con documento de identidad N° 7330452 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 Pedro Lopez



# ANEXO N°3

# CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

---

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

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

La presente certificación se expide en Bogotá D.C, a los veinticinco (25) días del mes de Febrero del 2026.

Cordialmente,



**JOTAM MAESTRE DIAB**  
REPRESENTANTE LEGAL  
CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

# ANEXO N°4





## 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

19- 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:

19- febrero - 2026. CIV'S: 800 9556-800 9549

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Teresa Orozco Rojas

EMPRESA:

Consortio vial Kennedy 2025

TEMA:

Riesgos existentes en Obras.

HORA DE INICIO:

1:08 pm

HORA DE TERMINACIÓN:

2:00 pm

TIPO

INDUCCIÓN

☐

CAPACITACIÓN

☒

CHARLA INFORMATIVA

☐

ENTRENAMIENTO

☐

OTRO

☐

| NOMBRE                | IDENTIFICACIÓN | CARGO                    | EMPRESA                                 | FIRMA             |
|-----------------------|----------------|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| José los Santos       | 79.398.418     | topografía               | vial Kennedy                            | José los Santos   |
| Gonzalo Avela         | 42.690.11      | oficial                  | vial Kennedy                            | Gonzalo Avela     |
| Cristian Castro       | 103.065.518.62 | Cuchero                  | vial Kennedy                            | CRISTIAN          |
| Enk Muñoz             | 10.245.584.33  | Operador m.              | Ingecol.                                | Enk Muñoz         |
| Victor Contreras      | 1065.667.734   | Operador m               | Ingecol.                                | Victor Contreras  |
| Antonio Blanco        | 84.083.585     | Ayudante                 | Ingecol.                                | Antonio Blanco    |
| Jose Vargas           | 4.731.820      | Ayudante                 | Ingecol.                                | Jose Vargas       |
| Jonathan Perez        | 79.385.08      | oficial                  | Ingecol.                                | Jonathan Perez    |
| Yoder Tapasco         | 10.597.038.65  | Inspector.               | Ingecol.                                | Yoder Tapasco     |
| Rafael Diaz           | 5.571.903.     | Oficial                  | Ingecol.                                | Rafael Diaz       |
| Fonseca Rodriguez     | 74.333.180     | Ayudante                 | Ingecol.                                | Fonseca Rodriguez |
| Jose Poveda           | 802.311.49     | Conductor V.             | Construcciones y trans-<br>portes siglo | Jose Poveda       |
| Luis Carlos Caballero | 79.210.190     | Conductor V.<br>valqueta | Construcciones y trans-<br>portes siglo | Luis Caballero    |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |
|                       |                |                          |                                         |                   |

(Firma)  
(Nombre)

Coordinador SG-SST

# ANEXO N°5



# 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

19- 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:

Civ: 8010914 - 8010695 - 8009556 - 8009549

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Teresa Orozco Rojas

EMPRESA:

Vial Kennedy 2025.

TEMA:

Seguridad en uso de escaleras.

HORA DE INICIO:

12:49. pm.

HORA DE TERMINACIÓN:

1:30 pm.

TIPO

INDUCCIÓN

☐

CAPACITACIÓN

☐

CHARLA INFORMATIVA

☒

ENTRENAMIENTO

☐

OTRO

☐

| NOMBRE               | IDENTIFICACION | CARGO                 | EMPRESA                                | FIRMA             |
|----------------------|----------------|-----------------------|----------------------------------------|-------------------|
| Jose de la Santos    | 79.398.418     | Topografía            | Vial Kennedy                           | Jose de la Santos |
| Gonzalo Avila        | 42.690.11      | Oficial               | Vial Kennedy                           | Gonzalo Avila     |
| Cristian Castro      | 10.306.551.862 | Cadenero              | Vial Kennedy                           | CRISTIAN          |
| Luis Carbi Caballero | 79.210.190     | Conductor de Volquete | Construcciones y Trans-<br>porte siglo | Luis Caballero    |
| Jose Poveda          | 80.231.144     | Conductor de Volquete | Construcciones y Trans-<br>porte siglo | Jose Poveda       |
| Fonseca Rodriguez    | 74.333.180     | Ayudante              | Ingecol                                | Fonseca Rodriguez |
| Rafael Diaz          | 5.571.903      | Oficial               | Ingecol                                | Rafael Diaz       |
| Yudel Tapasco        | 1059.703.868   | Inspector             | Ingecol                                | Yudel Tapasco     |
| Jonathan Perez       | 79.385.08      | Oficial               | Ingecol                                | Jonathan Perez    |
| Jose Vargas          | 4.731.820      | Ayudante              | Ingecol                                | Jose Vargas       |
| Antonio Blanco       | 84.089.583     | Ayudante              | Ingecol                                | Antonio Blanco    |
| Victor Contreras     | 1.065.667.734  | Operador M            | Ingecol                                | Victor Contreras  |
| Errik Moroz          | 10.245.554.33  | Operador M            | Ingecol                                | Errik Moroz       |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |
|                      |                |                       |                                        |                   |

(Firma)  
(Nombre)

Teresa Orozco Rojas

Coordinador SG-SST



# ANEXO N°6

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------------|-----------|-------------|-----------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE GOBIERNO</div></div></div><div>EVIDENCIA DE REUNIÓN</div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     | Código: GDI-GPD-F029<br>Versión: 07<br>Vigencia: 25 de septiembre de 2025<br>Caso HOLA: 188520 |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| Objeto de la reunión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       | Mesa de Trabajo para la revisión de informe mensual y documentacion de ingreso de personal |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       | 16 de febrero de 2026                                                                      |                    |                                |                | Hora de inicio: 9:00 am         |           |             | Modalidad:            |                     | <input checked="" type="checkbox"/> Presencial                                                 |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       | Oficina de Interventoria Savimac S.A.S                                                     |                    |                                |                | Hora de finalización: 10: 00 am |           |             |                       |                     | <input type="checkbox"/> Virtual                                                               |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     | <input type="checkbox"/> Telefónica                                                            |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| Dependencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       | Nombre del Responsable: Diana Mendoza                                                      |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS<br>(Juridico o legal)                                                  | NOMBRE IDENTITARIO | ENTIDAD                        | DEPENDENCIA    | CARGO                           |           |             |                       | TIPO DE VINCULACIÓN |                                                                                                |             | CORREO ELECTRÓNICO -<br>TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA                                                                                      |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                | ASESOR                          | DIRECTIVO | PROFESIONAL | TÉCNICO/<br>TECNÓLOGO | AUXILIAR            | CARRERA                                                                                        | PROVISIONAL |                                              |                                                                                            | LIBRE NOMB.                                                                         |
| CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 52843490                              | DIANA MARCELA MENDOZA NIÑO                                                                 | INTERVENTORIA      | SAVIMAC S.A.S                  | COMPONENTE SST |                                 |           | X           |                       |                     |                                                                                                |             |                                              | <a href="mailto:interventoriasavimac2026@gmail.com">interventoriasavimac2026@gmail.com</a> |  |
| CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 51.855.638                            | TERESA OROZCO ROJAS                                                                        | CONTRATISTA        | CONSORCIO VIAL KENNEDY<br>2025 | COMPONENTE SST |                                 |           | X           |                       |                     |                                                                                                |             |                                              | <a href="mailto:sstvialkennedy@gmail.com">sstvialkennedy@gmail.com</a>                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| <b>CONSENTIMIENTO:</b> Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es <a href="http://www.gobiernobogota.gov.co">www.gobiernobogota.gov.co</a> y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno. |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |
| * Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en <a href="https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg">https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                                                                            |                    |                                |                |                                 |           |             |                       |                     |                                                                                                |             |                                              |                                                                                            |                                                                                     |

**DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:**

El día 16 de febrero de 2026, se lleva a cabo la reunión de mesa de trabajo del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo en la cual se realiza la revisión del Informe Mensual No. 1 (periodo 15 de diciembre de 2025 al 31 de enero de 2026), la Interventoría solicita al Contratista realizar los siguientes ajustes:

- Corregir la fecha de inicio en la portada del informe. Debe registrarse el 15 de diciembre de 2025, conforme al Acta de Inicio, y no el 16 de diciembre como aparece actualmente.
- En la Tabla No. 4, ajustar el porcentaje de dedicación de la Residente SST al 70%, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico contractual.
- Ampliar el Numeral 7 incorporando las gestiones realizadas en: asistencia a comités de obra y mesas de trabajo con interventoría, gestión documental de hojas de vida, soportes de maquinaria, elaboración/actualización del documento MAO y del SG-SST.
- En el Numeral 8 (Comités de Obra), es imperativo detallar la transición de la interventoría. Debe quedar registro del periodo inicial bajo la supervisión de Consultores Donovan S.A.S. y el proceso de empalme realizado en enero con Savimac S.A.S.
- En la Tabla No. 5, se debe mantener la información del personal aprobado inicialmente por la interventoría Donovan. Los cambios de profesionales (SST, Social y Residente) realizados en febrero deberán ser reportados en el informe del mes siguiente.

En cuanto a los anexos presentados se evidencia la necesidad de subsanar los soportes del personal operativo y administrativo, a continuación, se relacionan los faltantes y observaciones:

- Documentación de ingreso de personal: Los formatos de notificación de riesgos por puesto de trabajo algunos no son legibles, por favor revisar y ajustar.
- Faltan exámenes médicos de ingreso de: Yuli Jaramillo, Cristian Rodríguez,
- Faltan examen de ingreso, certificaciones de afiliación a EPS, AFP y ARL de Jorge Vega
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Ariel Quintanilla
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Luis Leguizamón, por otra parte, se solicita nuevamente copia de cédula, notificación de examen de egreso legibles.
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de John Salom
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Luz Ovalle y se solicita adjuntar nuevamente copia de cédula más legible.
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Yeimy Angarita
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Mario Aragón y se solicita adjuntar nuevamente copia de cédula más legible
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Omar Antonio Avilés
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Johelvis Peña y se solicita adjuntar nuevamente copia de cédula más legible
- Faltan examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS de Moisés Olivo
- Se solicita adjuntar nuevamente copia de cédula más legible del señor Luis Causil y falta examen de ingreso y certificación de afiliación a EPS
- Se solicita adjuntar nuevamente copia de cédula más legible de la señora Neibys Ramos y falta examen de ingreso y las certificaciones de afiliación a EPS y AFP.

**COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:**

| No. | ACTIVIDAD                                                               | RESPONSABLE                 | FECHA DE ENTREGA      |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|     | El contratista entregará la subsanación de las observaciones realizadas | Consortio Vial Kennedy 2025 | 30 de febrero de 2026 |
|     |                                                                         |                             |                       |
|     |                                                                         |                             |                       |
|     |                                                                         |                             |                       |
|     |                                                                         |                             |                       |
|     |                                                                         |                             |                       |

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anclar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.  
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.



# ANEXO N°7

|                                                                                  |                                                                           |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y<br/>SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-005 |
|                                                                                  |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                           | Diciembre de 2025  |

**ACTA DE INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ PARITARIO DE SALUD Y  
SEGURIDAD EN EL TRABAJO.**

**EMPRESA:** CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

**FECHA:** 25 Febrero 2026

| <b>NOMBRE</b>                    | <b>CEDULA</b> | <b>CARGO</b>      | <b>AREA</b> |
|----------------------------------|---------------|-------------------|-------------|
| Angi Viviana Sandoval Herrera    | 1.030.588.638 | Inspector SST     | SST-MA      |
| Cesar Jefferson Martínez Castro  | 79.891.792    | Topógrafo         | Operativa   |
| Javier Mauricio Salcedo Combata  | 1.030.612.556 | Inspector de Obra | Técnica     |
| Yeimmy Alejandra Angarita Olarte | 1.000.775.159 | Inspector Técnico | Técnica     |

  
 Responsable: Teresa Orozco Rojas  
 Residente SST

**Fecha de cierre:** 25 de Febrero del 2026

|                                                                                  |                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-005 |
|                                                                                  |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                       | Diciembre de 2025  |

## ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EMPRESA:** CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

**FECHA:** 25 Febrero 2026

El día Veinticinco (25) de Febrero del 2025 se eligió el Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 2013 de 1986, al Decreto 1295 de 1994 y Ley 1562 de 2012.

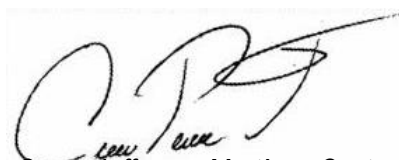
### Resultaron elegidos:

#### **Representantes de la empresa:**



**Principal:** Angi Viviana Sandoval Herrera

Firma y Cedula: 1.030.588.638



**Suplente:** Cesar Jefferson Martínez Castro

Firma y Cedula: 79.891.792

#### **Representantes de los Trabajadores:**



**Principal:** Javier Mauricio Salcedo Combata

Firma y Cedula: 1.030.612.556



**Suplente:** Yeimmy Alejandra Angarita Olarte

Firma y Cedula: 1.000.775.159

El representante legal de **CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025** designa a: Angi Viviana Sandoval Herrera Como Presidente del comité, y por votación del comité se nombra a Cesar Jefferson Martínez Castro Como Secretario del mismo.



|                                                                                   |                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-005 |
|                                                                                   |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                       | Diciembre de 2025  |

## ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Acta No. 001

El día 25 Febrero 2026 se realizó la elección del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986, al Decreto 1295 de 1994 (Art. 63), a las exigencias de la División de Salud Ocupacional del Ministerio de Trabajo y a lo dispuesto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. El período de los miembros del Comité corresponderá al tiempo de duración del proyecto en el centro de trabajo y en esta reunión se designan como representantes del Empleador y como representantes de los Trabajadores, a los siguientes:

El director de Obra en calidad de empleador, nombra como sus representantes principales y suplentes a las siguientes personas:

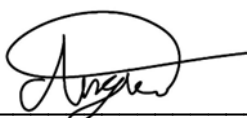
| PRINCIPALES                   | SUPLENTE                        |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Angi Viviana Sandoval Herrera | Cesar Jefferson Martínez Castro |
| C.C. 1.030.588.638            | C.C. 79.891.792                 |
| Cargo: Auxiliar SST           | Cargo: Topógrafo                |

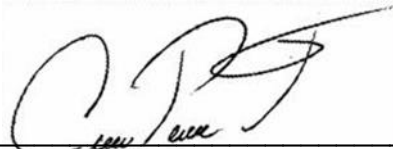
Los Trabajadores nombran como representantes principales y suplentes a las siguientes personas:

| PRINCIPALES                     | SUPLENTE                         |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Javier Mauricio Salcedo Combata | Yeimmy Alejandra Angarita Olarte |
| C.C. 1.030.612.556              | C.C. 1.000.775.159               |
| Cargo: Inspector Técnico        | Cargo: Inspector Técnico         |

Integrado el Comité se procede de acuerdo a la Resolución 2013 de 1986 en su artículo 9° a nombrar el presidente y el secretario del mismo, con el objeto de mantener la coordinación y el funcionamiento del comité.

De esta forma, se designa a Angi Viviana Sandoval Herrera como presidente del Comité y por votación de los miembros del Comité se nombra a Cesar Jefferson Martínez Castro como secretario del mismo.

  
 FIRMA DEL PRESIDENTE

  
 FIRMA DEL SECRETARIO

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>                                                                                                                                  | <b>COP-938-2025</b> |
|                                                                                   | "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" |                     |

## ACTA DE COMITÉ Y/O REUNIÓN No 1

FECHA: 25 de Febrero del 2026

HORA: 10:00 am

LUGAR: Punto PAC

### 1. OBJETIVOS

Conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo, 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 y sistema general de riesgos laborales y su funcionalidad, derechos y deberes, notificación de riesgos, componentes del SST.

### 2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR Y POSIBLES OBSERVACIONES A LA MISMA

N/A

### 3. TEMAS DEL COPASST

#### KENNEDY COP-938-2025 CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

- Se realiza la Conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Se programan las fechas para las Capacitaciones e inspecciones según el cronograma dispuesto en el **SG-SST**.
- En cuanto a la realización de inspecciones, de acuerdo al cronograma de actividades se realizaron en el periodo las siguientes inspecciones: Inspección locativa, Inspección extintor, Inspección señalización y seguridad, Inspección orden y aseo, Inspección botiquín.
- Todo el personal vinculado al proyecto cuenta con las afiliaciones y/o pagos al sistema general de seguridad social, requisito de carácter obligatorio para el ingreso de personal al proyecto, tal como se evidencia mediante la verificación el formato Listado de Personal.
- **CONSORCIO VIAL KENNEDY** cumplió con los exámenes médicos Ocupacionales de ingreso; estos fueron realizados por los diferentes centros clínicos (médicos ocupacionales) de convenio establecido con la institución. Se cuenta con un convenio con los Centros Médicos 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.

**COPASST**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>                                                                                                                                  | <b>COP-938-2025</b> |
|                                                                                   | "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" |                     |

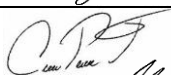
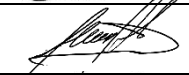
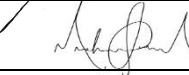
- En las inducciones se ha entregado casco, overol, mono gafas de seguridad, botas de caucho con punta de acero, Botas de Material con punta de acero, protector auditivo tipo inserción, protector respiratorio (mascarilla normal), impermeable para invierno, guantes de caucho y guantes de vaqueta al 100% de trabajadores que ingresaron.
4. VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS PACTADOS SEGÚN ACTA ANTERIOR

N/A

5. PROXIMA REUNIÓN

20 de Marzo 2026

6. ASISTENTES AL COMITÉ COPASST

| NOMBRE                           | CEDULA        | CARGO             | FIRMA                                                                                 |
|----------------------------------|---------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Angi Viviana Sandoval Herrera    | 1.030.588.638 | Inspector SST     |    |
| Cesar Jefferson Martínez Castro  | 79.891.792    | Topógrafo         |   |
| Javier Mauricio Salcedo Combita  | 1.030.612.556 | Inspector de Obra |  |
| Yeimmy Alejandra Angarita Olarte | 1.000.775.159 | Inspector Técnico |  |



# ANEXO N°8

|                                                                                   |                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                   |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                       | Diciembre de 2025  |

## ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

### Acta No. 001

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1010 de 2006, por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo; el artículo 14 de la Resolución 2646 de 2008, que establece la obligación de implementar un procedimiento interno, confidencial, conciliatorio y efectivo para la prevención y atención del acoso laboral; y la Resolución 3461 de 2025 del Ministerio del Trabajo, que actualiza las disposiciones relacionadas con la conformación, funcionamiento y responsabilidades del Comité de Convivencia Laboral, derogando parcialmente las Resoluciones 652 y 1356 de 2012, se procede a constituir formalmente el Comité de Convivencia Laboral del **CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025**.

El Comité se regirá por las siguientes disposiciones:

#### 1. Composición

- El Comité de Convivencia Laboral estará conformado por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores, con sus respectivos suplentes, conforme a lo establecido en la normatividad legal vigente.
- Los integrantes del Comité deberán contar con competencias y aptitudes relacionadas con la imparcialidad, confidencialidad, ética, comunicación asertiva, liderazgo y manejo adecuado de conflictos.
- No podrán integrar el Comité aquellas personas que, dentro de los seis (6) meses anteriores a su conformación, hayan sido objeto o parte de una queja formal por presunto acoso laboral, de conformidad con la normativa aplicable.

#### 2. Duración del mandato

El período de los integrantes del Comité de Convivencia Laboral será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de la comunicación oficial de su elección o designación, pudiendo ser reelegidos o designados nuevamente según lo establezca la normatividad vigente.

#### 3. Funciones

- Recibir, analizar y tramitar de manera confidencial las quejas relacionadas con presuntas conductas de acoso laboral.

|                                                                                  |                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                  |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                       | Diciembre de 2025  |

- Escuchar individualmente a las partes involucradas, garantizando el respeto, la imparcialidad y la reserva de la información.
- Promover espacios de diálogo, conciliación y concertación orientados a la solución del conflicto y a la mejora del clima laboral.
- Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos en los planes de mejora acordados.
- Elaborar informes periódicos de gestión, con carácter estadístico y preventivo, dirigidos a la alta dirección, sin vulnerar la confidencialidad de los casos atendidos.

#### 4. Convocatorias y reuniones

- El Comité se reunirá de manera ordinaria con una periodicidad mensual y de forma extraordinaria cuando la situación lo requiera o exista una queja que deba ser atendida de manera prioritaria.
- El empleador garantizará un espacio físico o virtual adecuado para el desarrollo de las reuniones y para el manejo seguro y confidencial de la documentación del Comité.

#### 5. Responsabilidades del empleador

- Proveer los recursos humanos, técnicos, locativos y de tiempo necesarios para el adecuado funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.
- Garantizar la capacitación periódica de los integrantes del Comité en temas relacionados con convivencia laboral, prevención del acoso, resolución de conflictos, comunicación asertiva y normatividad vigente.
- Velar por el cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Comité, en el marco de la mejora continua del ambiente laboral.

#### 6. Vigencia del Comité

El Comité de Convivencia Laboral tendrá vigencia a partir de la fecha de suscripción de la presente acta y ejercerá sus funciones durante el período establecido de dos (2) años, al término del cual se adelantará el proceso de renovación correspondiente.

#### DESIGNACIÓN DE LOS INTEGRANTES

La alta dirección, en su calidad de empleador, designa como representantes principales y suplentes a las siguientes personas:

| PRINCIPAL                   | SUPLENTE            |
|-----------------------------|---------------------|
| MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA | MARIO ANDRES ARAGÓN |



|                                                                                   |                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                   |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                       | Diciembre de 2025  |

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| C.C. 1.013.636.724      | C.C. 79.973.228    |
| Cargo: Residente Social | Cargo: Almacenista |

La Alta Dirección y los trabajadores, mediante el mecanismo de votación establecido, eligen como sus representantes principales y suplentes a las siguientes personas:

| PRINCIPAL                       | SUPLENTE                         |
|---------------------------------|----------------------------------|
| JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA | PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO |
| C.C. 1.030.612.556              | C.C. 1.143.236.628               |
| Cargo: Inspector Técnico        | Cargo: Cadenero 2do              |

Los trabajadores, mediante el mecanismo de votación establecido, eligen como sus representantes principales y suplentes a las siguientes personas:

El Comité de Convivencia Laboral designa como Presidente (a) a TERESA OROZCO ROJAS y como Secretario(a) a HENRY DURAN CAÑÓN.

En constancia se firma la presente acta.

  
 FIRMA DEL PRESIDENTE

  
 FIRMA DEL SECRETARIO



Bogotá D.C  
25/02/2026

## ACTA DE CONSTITUCION COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

En las instalaciones del punto Crea del **CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025**, se reunió la Responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y el personal convocado, con el fin de conformar el **Comité de Convivencia Laboral**. Este proceso se realiza en estricto cumplimiento de la Resolución 3461 de 2025 del Ministerio del Trabajo, la Ley 1010 de 2006, y los estándares establecidos en el Decreto 1072 de 2015, garantizando así los mecanismos de prevención del acoso laboral y la promoción de un entorno de trabajo saludable.

El periodo de los miembros del comité es de dos (2) años. El Residente SST del CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025 nombro a las siguientes personas:

### POR PARTE DEL EMPLEADOR:

Representante: **TERESA OROZCO ROJAS**  
Suplente: **HENRY DURAN CAÑON**  
Representante: **MARCY ALEJANDRA OVALLE PEÑA**  
Suplente: **MARIO ANDRES ARAGÓN**

### POR PARTE DE LOS TRABAJADORES:

Representante: **JOSE DE LOS SANTOS ARIZA**  
Suplente: **NEIBYS MARIA RAMOS HOYOS**  
Representante: **JAVIER MAURICIO SALCEDO COMBITA**  
Suplente: **PEDRO ALEJANDRO PUENTES CANTILLO**

**TERESA OROZCO ROJAS**  
Residente SST  
CC: 51.855.638

|                                                                                   |                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                   |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                       | Diciembre de 2025  |

## ACTA DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

### ACTA No. 1

FECHA: 25 de Febrero del 2026

En las instalaciones del punto Crea del CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025, a los veinticinco (25) días del mes de Febrero del año 2026, se reunió la Responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y el personal convocado, con el fin de conformar el Comité de Convivencia Laboral. Este proceso se realiza en estricto cumplimiento de la Resolución 3461 de 2025 del Ministerio del Trabajo, la Ley 1010 de 2006, y los estándares establecidos en el Decreto 1072 de 2015, garantizando así los mecanismos de prevención del acoso laboral y la promoción de un entorno de trabajo saludable.

se realiza la conformación del comité de convivencia laboral y se reunieron los señores integrantes para tratar el siguiente orden del día:

1. Llamado a lista y verificación del quórum
2. Desarrollo de la reunión
3. Compromisos Adquiridos

Leído y puesto en consideración el orden del día, se dio por aprobado y se procedió a su desarrollo.

Desarrollo de la Reunión:

1. Llamado a lista y verificación del quórum

| NOMBRE                           | PRINCIPAL/SUPLENTE | REPRESENTA A        |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Teresa Orozco Rojas              | Presidente         | Empresa y Empleados |
| Henry Duran Cañon                | Secretaria         | Empresa y Empleados |
| Marcy Alejandra Ovalle Peña      | Principal          | Empresa             |
| Mario Andrés Aragón              | Suplente           | Empresa             |
| José de los santos Ariza         | Principal          | Empleados           |
| Neybis María Ramos Hoyos         | Suplente           | Empleados           |
| Javier Mauricio Salcedo Combita  | Principal          | Empresa y Empleados |
| Pedro Alejandro Puentes Cantillo | Suplente           | Empresa y Empleados |

Se determina que se cuenta con Quorum para sesionar.

2. Desarrollo de la reunión

2.1 Teresa Orozco informa que se realizó planeación de las actividades de capacitación requeridas por el comité de convivencia.

### COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL



|                                                                                  |                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                  |                                                                       | Versión: 01        |
|                                                                                  |                                                                       | Diciembre de 2025  |

En la planeación realizada se programaron las siguientes actividades:

| ACTIVIDADES                                                   | DIRIGIDO A          | ORGANIZADOR |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Capacitación en acoso laboral (Ley 1010 y Res. 3461)          | Todo el Personal    | CCL         |
| Capacitación en liderazgo y comunicación asertiva             | Todo el personal    | CCL         |
| Negociación y manejo de conflictos                            | Miembros del Comité | CCL         |
| Seguimiento de casos (Si se han presentado)                   | Miembros del Comité | CCL         |
| Taller de inteligencia emocional y resiliencia en obra        | Personal Operativo  | CCL/SST     |
| Socialización del manual de convivencia del Consorcio         | Todo el personal    | CCL         |
| Informe Semestral                                             | Miembros del Comité | CCL         |
| Jornada de sensibilización: "El respeto en el frente de obra" | Personal de Campo   | CCL         |
| Taller de prevención de riesgos psicosociales                 | Todo el personal    | CCL/SST     |
| Revisión de indicadores                                       | Miembros del Comité | CCL         |
| Conversatorio: "Equilibrio vida familiar y laboral"           | Todo el personal    | CCL         |
| Informe de Gestión                                            | Miembros del Comité | CCL         |

## 2.2 Revisión de quejas relacionadas con situaciones de conflicto

El comité no ha recibido quejas o sugerencias de los trabajadores relacionadas con acoso laboral o situaciones de conflicto.

## 2.3 Estadísticas

Número de quejas presentadas en el periodo: 0

Número de quejas abiertas de periodos anteriores: 0

Número de quejas abiertas al final del periodo: 0

Número de quejas cerradas en el periodo: 0

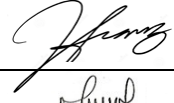
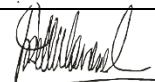
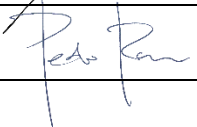
## 3. Compromisos Adquiridos

| ACTIVIDAD               | RESPONSABLE  | FECHA         |
|-------------------------|--------------|---------------|
| Citar a próxima reunión | Teresa Orozo | 20 Marzo 2026 |

Siendo las 15:30pm y cumplido el objetivo, se dio por terminada la reunión, en constancia firman:

**COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL**

|                                                                                   |                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD<br/>Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST</b> | Código: SG-SST-007 |
|                                                                                   |                                                                           | Versión: 01        |
|                                                                                   |                                                                           | Diciembre de 2025  |

| NOMBRE                              | CEDULA        | CARGO               | FIRMA                                                                                |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Teresa Orozco Rojas                 | 51.855.638    | Residente SST       |   |
| Henry Duran Cañón                   | 79.117.772    | Conductor Camioneta |   |
| Marcy Alejandra Ovalle Peña         | 1.013.636.724 | Residente Social    |   |
| Mario Andrés Aragón                 | 79.973.228    | Almacenista         |   |
| José de los santos Ariza            | 79.398.418    | Topógrafo           |   |
| Neybis Maria Ramos Hoyos            | 1.003.404.397 | Boal – Trafico      |   |
| Javier Mauricio Salcedo<br>Combata  | 1.030.612.556 | Inspector Técnico   |   |
| Pedro Alejandro Puentes<br>Cantillo | 1.143.23.6628 | Cadenero 2Do        |  |

# ANEXO N°9





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Henry Duran Cañon

NOMBRE Y APELLIDOS

79117772

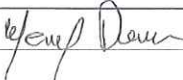
No. DOCUMENTO

Conductor Camioneta

CARGO

operativo

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 02/02/26 | X                                |            | X                   |               | X                           |                                   |               | X                    |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 | X                              |                                  |                                |       |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

John Wilson Galvis Laverde

NOMBRE Y APELLIDOS

79747388

No. DOCUMENTO

Conductor Camioneta

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILQ | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      |                       |                    |                  | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          |            |        |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Julio Lopez Moreno  
NOMBRE Y APELLIDOS

80385405  
No. DOCUMENTO

Conductor Camión  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |  |          |             |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|--|----------|-------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       |  | CAPUCHON | REPOSICION  |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          | X                   |               | X                           |                                   |               | X                    |                       |                    |                  | X                  |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |  | X        | Julio Lopez |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |  |          |             |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Michael Steven Bejarano Riaño

NOMBRE Y APELLIDOS

1034658269

No. DOCUMENTO

Conductor Camión

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            | FIRMA |                 |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|-------|-----------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION |       | 1º VEZ          |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    |                  |                    | X                  |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | X                                |                                |          |            | X     | Maicol Bejorano |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |                 |

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

Teicoa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teicoa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

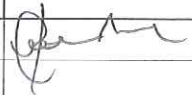
REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA VÍAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY, BOGOTÁ D.C, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE

Yudier Antonio Bueno Tapasco  
NOMBRE Y APELLIDOS

1059703868  
No. DOCUMENTO

Inspector  
CARGO

operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                   |                             | X                       |              |                      |                            |          |        |                 |                      | X                                               |                                |                                  |                                |       |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |

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

TERESA DOZCO LOJAS  
FIRMA QUIEN ENTREGA

TERESA DOZCO LOJAS  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Jonathan David Villadiego Perez

NOMBRE Y APELLIDOS

7938508

No. DOCUMENTO

Oficial

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|--------|--|---|----------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |  |   |          |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     |               |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X     |                                  |                                |          |            |        |  | X | Jonathan |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |   |          |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Erik Steven Arias Nuñez  
NOMBRE Y APELLIDOS

1021555933  
No. DOCUMENTO

operador maquinaria  
CARGO

operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            | FIRMA |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|-------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION |       | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             | X                           | X                                 |               |                      | X                     |                    |                  | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |          |            |       | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |

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

Teread orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teread orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Victor Manuel Rubio Contreras  
NOMBRE Y APELLIDOS

1065667734  
No. DOCUMENTO

Operador Itaguará  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |              |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|--------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL O | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |              |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             | X                           | X                                 |               |                      |                       |                    |                  | X                  |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          |            | X      | Victor Rubio |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |              |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Miguel Cuevas

NOMBRE Y APELLIDOS

4685787

No. DOCUMENTO

Mudante

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  | FIRMA |                                |          |            |        |  |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|--------------------------------|----------|------------|--------|--|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO |       | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |  |
| 1   | 26/02/26 | X                                |            | X                   |               | X                           |                                   |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |       |                                |          | X          |        |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

*Remi Antonio Pinb Blanco*  
NOMBRE Y APELLIDOS

*84083565*  
No. DOCUMENTO

*Aludante*  
CARGO

*Operativa*  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN           |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |           |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|-----------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ    |
| 1   | 16/02/20 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     | X                  | X                |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          | X          | Remo Pint |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |

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

*Teresa Orozco Rojas*  
FIRMA QUIEN ENTREGA

*Teresa Orozco Rojas*  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

REALIZAR LAS OBRAS DE CONSERVACIÓN DE LA MALLA 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

Jose Policarpo Ipiá Vargas  
NOMBRE Y APELLIDOS

473-1820  
No. DOCUMENTO

Aludante  
CARGO

Operativos  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |        |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|--------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |        |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  | X                              |       |          |            | X      | Tun 14 |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |        |

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

Teressa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teressa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Rafael Antonio Diaz Pino  
NOMBRE Y APELLIDOS

551903  
No. DOCUMENTO

Oficial  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  | FIRMA |                                |          |            |        |  |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|--------------------------------|----------|------------|--------|--|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO |       | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |  |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |       |                                |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |        |  |

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

TERESA ORAZCO ROJAS  
FIRMA QUIEN ENTREGA

TERESA ORAZCO ROJAS  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Lazaro Fonseca Rodriguez

NOMBRE Y APELLIDOS

74333-180

No. DOCUMENTO

Mudante

CARGO

operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      |                       |                    | X                | X                  |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  | X                              |       |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Ricardo Carrillo Rincon  
NOMBRE Y APELLIDOS

80366669  
No. DOCUMENTO

Oficial  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      |                       | X                  |                  | X                  | X                  |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |                                                                                     |

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

Terceda Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Terceda Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Wilson Jiovany Queda Silva

NOMBRE Y APELLIDOS

1053684048

No. DOCUMENTO

Oficial

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN          |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |            |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1° VEZ     |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             |                                   |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          | X          | Wilson Pje |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |            |

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

Terceda Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Terceda Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Nestor Alberto Reyes Saler

NOMBRE Y APELLIDOS

4226971

No. DOCUMENTO

Oficial

CARGO

operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |              |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ       |
| 1   | 02/02/26 | X                                |            | X                   |               |                             |                                   |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          | X          | Nestor Reyes |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |              |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Jose Guillermo Garnez Diaz

NOMBRE Y APELLIDOS

7330633

No. DOCUMENTO

Ayudante

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 | FIRMA |                                |                                  |                                |          |            |         |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|---------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ  |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             | X                           |                                   |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |       | X                              |                                  |                                |          | X          | Lucy G. |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |       |                                |                                  |                                |          |            |         |

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

Tereza Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Tereza Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Pedro Antonio Lopez Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS

7330452

No. DOCUMENTO

Ayudante

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  | FIRMA |                                |          |            |             |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|--------------------------------|----------|------------|-------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARANTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO |       | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1° VEZ      |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             |                                   |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  | X     |                                |          | X          | Pedro Lopez |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |       |                                |          |            |             |

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

Teread Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGATeread Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

*Aristides Pardo Niño*  
NOMBRE Y APELLIDOS

*13526015*  
No. DOCUMENTO

*Aludante*  
CARGO

*Operativa*  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN           |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|---------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ              |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          | X          | 4/13/26 J. P. N. C. |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |                     |

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

*Teresa Orozco Rojas*  
FIRMA QUIEN ENTREGA

*Teresa Orozco Rojas*  
FIRMA RESIDENTE SST



ÁREA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Aifonso Garrido wallas

NOMBRE Y APELLIDOS

83085351

No. DOCUMENTO

Ayudante

CARGO

operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN          |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |           |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|-----------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ    |
| 1   | 02/02/26 | X                                |            | X                   |               | X                           |                                   |               | X                    |                       | X                  | X                |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          | X      |                 |                      |                                                 |                                | X     |                                  |                                |          | X          | A/fonso S |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |           |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Edwin Oliver Malambo Arce

NOMBRE Y APELLIDOS

1233440419

No. DOCUMENTO

Oficial

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |               |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|---------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ        |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  | X                              |       |          | X          | Edwin malamba |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |               |

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

Teresa Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Carlos Andres Santana Jimenez

NOMBRE Y APELLIDOS

80246263

No. DOCUMENTO

Conductor Volqueta

CARGO

Operativa

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |           |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|-----------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ    |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     |               |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                |                                  | X                              |       |          | X          | Carlos S. |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |           |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGATeresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Luis Carlos Caballero  
NOMBRE Y APELLIDOS

79210190  
No. DOCUMENTO

Conductor Volqueta  
CARGO

operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |                |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|----------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION     |
| 1   | 16/02/26 | X                                |            | X                   |               | X                           |                                   |               | X                    |                       |                    |                  | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          | X      |                 |                      |                                                 | X                              |                                  |                                |       | X        | Luis Caballero |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |                |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Jose Humberto Pareda Gonzalez  
NOMBRE Y APELLIDOS

80231144  
No. DOCUMENTO

Conductor Volqueta  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |             |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|-------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ      |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          | X          | Jose Pareda |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |             |

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

Terced Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Terced Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Cesar Jefferson Martinez Castro  
NOMBRE Y APELLIDOS

79897792  
No. DOCUMENTO

Topógrafo  
CARGO

Administrativa  
Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN            |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |         |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|---------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ  |
| 1   | 16/02/26 | X                                |            |                     | X             |                             |                                   |               | X                    |                       |                    |                  | X                  |                     | X                           |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      | X                                               |                                |       |                                  |                                |          | X          | CESAR M |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |         |

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

Terced Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Terced Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

José delos Santos Ariza Rojas  
NOMBRE Y APELLIDOS

79398418  
No. DOCUMENTO

Inspección - Topógrafo  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |
| 1   | 16/02/26 | X                                |            |                     | X             |                             |                                   |               | X                    |                       |                    |                  | X                  |                   | X                           |                         |              |                      |                            |          |        |                 | X                    |                                                 |                                |                                  |                                |       |          | X          |        |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Javier Mauricio Salcedo Combita

NOMBRE Y APELLIDOS

1030612556

No. DOCUMENTO

Residente Administrativo

CARGO

operativo

ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |        |  |  |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|--------|--|--|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |  |  |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     |               |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X     |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |  |  |

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

Teread Orozco Rojas

FIRMA QUIEN ENTREGA

Teread Orozco Rojas

FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Angi Viviana Sandoval Herrera  
NOMBRE Y APELLIDOS

1030582632  
No. DOCUMENTO

Auxiliar SST-AMB  
CARGO

Administrativa  
Operativa  
AREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN            |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |                                                                                     |
| 1   | 16/02/26 | X                                |            |                     | X             |                             | X                                 |               | X                    |                       |                    |                  | X                  |                     | X                           |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      | X                                               |                                |       |                                  |                                |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |        |                                                                                     |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN  
CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016  
dic-25  
versión.01

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

Pedro Alejandro Puentes Cantillo  
NOMBRE Y APELLIDOS

1.143.236.628  
No. DOCUMENTO

Cadenero Zdo  
CARGO

operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             | DOTACIÓN                |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            | FIRMA |        |                                                                                     |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|-------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION |       | 1° VEZ |                                                                                     |
| 1   | 02/02/26 |                                  | X          |                     |               |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |          |            |       | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |          |            |       |        |                                                                                     |

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

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST





# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Cristian David Garzon Castro  
NOMBRE Y APELLIDOS

1030651862  
No. DOCUMENTO

Cadenero 1ro  
CARGO

operativa  
ÁREA

| No. | FECHA   | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    | DOTACIÓN           |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                | FIRMA |                                  |                                |          |            |          |
|-----|---------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|----------|------------|----------|
|     |         | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO |       | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ   |
| 1   | 6/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    |                  |                    | X                  |                             | X                       |              |                      |                            |          |        |                 |                      | X                                               |                                |       |                                  |                                |          | X          | CRISTIAN |
| 2   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 3   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 4   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 5   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 6   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 7   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 8   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 9   |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 10  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 11  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 12  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 13  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 14  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 15  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |
| 16  |         |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                    |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |       |                                  |                                |          |            |          |

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

Teresa Orazco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teresa Orazco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Gonzalo Arevalo Aila  
NOMBRE Y APELLIDOS

1269017  
No. DOCUMENTO

Oficial  
CARGO

Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA    | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |  |
|-----|----------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|--|
|     |          | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRIL | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1° VEZ |  |
| 1   | 16/02/26 |                                  | X          |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    | X                | X                  |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        | X               |                      |                                                 |                                | X                                |                                |       |          |            | X      |  |
| 2   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 3   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 4   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 5   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 6   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 7   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 8   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 9   |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 10  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 11  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 12  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 13  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 14  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 15  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |
| 16  |          |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |  |

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

Teread orozco Rojas  
FIRMA QUIEN ENTREGA

Teread orozco Rojas  
FIRMA RESIDENTE SST



# ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

## CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

FO- SST-016

dic-25

versión.01

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

Karen Lorena Sandoval Herrero  
NOMBRE Y APELLIDOS

1012829700  
No. DOCUMENTO

Auxiliar Social  
CARGO

Administrativa  
Operativa  
ÁREA

| No. | FECHA      | ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     | DOTACIÓN                    |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                | FIRMA |          |            |        |           |
|-----|------------|----------------------------------|------------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|----------|------------|--------|-----------|
|     |            | CASCO BLANCO                     | CASCO ROJO | GAFAS TRANSPARENTES | GAFAS OSCURAS | PROTECCION AUDITIVA DE COPA | PROTECCION AUDITIVA DE INSERCCION | CARETA FACIAL | RESPIRADOR DE FILTRO | RESPIRADOR SIN FILTRO | GUANTES DE CARNAZA | GUANTESDE CAUCHO | GUANTES DE VAQUETA | GUANTES DE NITRILLO | GUANTES LARGOS DE FONTANERO | CHALECO VERDE ING - AUX | CHALECO ROJO | CHALECO NARANJA BOAL | CALECO AMARRILLO - TRAFICO | PANTALON | CAMISA | OVEROL COMPLETO | DOTACION DE INVIERNO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO | BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO | BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO | BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO |       | CAPUCHON | REPOSICION | 1º VEZ |           |
| 1   | 02/02/2026 | X                                |            |                     | X             |                             | X                                 |               |                      | X                     |                    |                  |                    | X                   |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      | X                                               |                                |                                  |                                |       |          |            | X      | Lorena S. |
| 2   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 3   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 4   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 5   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 6   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 7   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 8   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 9   |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 10  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 11  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 12  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 13  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 14  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 15  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |
| 16  |            |                                  |            |                     |               |                             |                                   |               |                      |                       |                    |                  |                    |                     |                             |                         |              |                      |                            |          |        |                 |                      |                                                 |                                |                                  |                                |       |          |            |        |           |

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

FIRMA QUIEN ENTREGA

FIRMA RESIDENTE SST



# ANEXO N°10



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN LOCATIVA**

Fecha: 23/02/2026

Centro de Trabajo: Punto PAC

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco Rojas

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

**FIRMA QUIEN REALIZÓ**

Teresa Orozco

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO**

Fecha: 23/02/2026

Centro de Trabajo: Punto PAC

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco Rojas

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

**FIRMA QUIEN REALIZÓ**

Teresa Orozco

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Residente SST





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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD**

CENTRO DE TRABAJO: Punto PAC

REALIZAR POR: Teread Orozco Rojas

FECHA: 23/02/2026

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teread Orozco





## INSPECCIÓN DE EXTINTORES

| FECHA DE INSPECCIÓN: | 23 Febrero 2026 | INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: | Febrero 2026 |
|----------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------|
|----------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------|

[illegible]

Teresa Orozco  
Firma

Fecha





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

Código: FO-SST-014

Version: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE PROFESIONAL:

CARGO:

FECHA:

Runto PAC

Teleba Orozco Rojas

Legislate SST

23 Febrero 2026

| ELEMENTOS DE BOTIQUIN       | CANTIDAD | ESTADO |   | PRESENTACION | FECHA DE VENCIMIENTO | INDICACIONES | RECOMENDACIONES |
|-----------------------------|----------|--------|---|--------------|----------------------|--------------|-----------------|
|                             |          |        |   |              |                      |              |                 |
| ALGODÓN                     | 1        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| APLICADORES                 | 6        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| CURAS                       | 6        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| ESPARADRAPO                 | 2        | ✓      | R | M            | ROLLO                | 06/26        |                 |
| GASA                        | 3        | ✓      | R | M            | ROLLO                | 06/26        |                 |
| MICROPORE                   | 2        | ✓      | R | M            | ROLLO                | 06/26        |                 |
| VENDA ELASTICA              | 2        | ✓      | R | M            | ROLLO                | 06/26        |                 |
| TOALLA HIGIENICA (APÓSITOS) | 3        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| GUANTES DE LATEX            | 4        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| TAPABOCAS                   | 5        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| ALCOHOL                     | 1        | ✓      | R | M            | TARRO                | 06/26        |                 |
| SUERO ORAL                  | 3        | ✓      | R | M            | BOLSA                | 06/26        |                 |
| BAJALENGUAS                 | 5        | ✓      | R | M            | BOLSA                | N/A          |                 |
| CUELLO ORTOPEDICO           | 1        | ✓      | R | M            | BOLSA                | N/A          |                 |
| MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN | 1        | ✓      | R | M            | MALETIN              | N/A          |                 |
| OTRO                        |          | B      | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B      | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B      | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B      | R | M            |                      |              |                 |

OBSERVACIONES:

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

Teleba Orozco Rojas



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN LOCATIVA**

Fecha: 23/02/2026

Centro de Trabajo: Almacén

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco Rojas

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

**FIRMA QUIEN REALIZÓ**

Teresa Orozco

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO**

Fecha: 23/02/2026

Centro de Trabajo: Almacén

Participantes en la Inspección: Terecá Orozco Rojas

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Terecá Orozco

NOMBRE: Terecá Orozco Rojas

CARGO: Residente SST





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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD**

CENTRO DE TRABAJO: Almacén

REALIZAR POR: Teresa Orozco Rojas

FECHA: 23 / 02 / 26

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teresa Orozco

|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|
|                                                                                                                    | INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS |                                                                  | CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025 |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  | 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" |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO <u>23 Febrero 2026</u><br>DILIGENCIADO POR <u>Teresa Orozco Rojas</u>                                                                                                     |                                   | LUGAR DE INSPECCIÓN <u>Almacén</u><br>CARGO <u>Residente SST</u> |                             |                 |               |
| INSPECCION DE HERRAMIENTAS                                                                                                                                                                          |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| TIPO DE HERRAMIENTA                                                                                                                                                                                 | ESTADO                            |                                                                  |                             |                 | OBSERVACIONES |
|                                                                                                                                                                                                     | OPTIMO                            | REGULAR                                                          | DEFICIENTE                  | NO SE TIENE     |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS                                                                                                                                                                      |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| ALICATES                                                                                                                                                                                            | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| MARTILLO                                                                                                                                                                                            | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| SEGUETA                                                                                                                                                                                             | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| SERRUCHO                                                                                                                                                                                            | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| BISTURI                                                                                                                                                                                             | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| PALA CUADRADA                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| PALA REDONDA                                                                                                                                                                                        |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| PICA                                                                                                                                                                                                |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| RA                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| AYADORA                                                                                                                                                                                             |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| PORRO O MAZO O ACERO                                                                                                                                                                                |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| CARRETILLA                                                                                                                                                                                          |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| CEPILLO TIPO EDIS                                                                                                                                                                                   | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| ESCOBA                                                                                                                                                                                              | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| PULIDORA PEQUEÑA (A)                                                                                                                                                                                | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| PULIDORA GRANDE (B)                                                                                                                                                                                 |                                   |                                                                  |                             | ✓               |               |
| EXTENSIONES ELÉCTRICAS                                                                                                                                                                              | ✓                                 |                                                                  |                             |                 |               |
| SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ                                                                                                                             |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| ESTADO                                                                                                                                                                                              | ESTADO                            |                                                                  |                             | RECOMENDACIONES |               |
|                                                                                                                                                                                                     | OPTIMO                            | REGULAR                                                          | DEFICIENTE                  |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA                                                                                                                                      |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA                                                                                                                                                                       |                                   | DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA                                | OBSERVACIONES               |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                  |                             |                 |               |
| FIRMA QUIEN REALIZO<br>FIRMA <u>Teresa Orozco</u><br>NOMBRE <u>Teresa Orozco Rojas</u>                                                                                                              |                                   |                                                                  |                             |                 |               |



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

## INSPECCIÓN DE EXTINTORES

Алмасең

|                      |                 |                                        |              |
|----------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------|
| FECHA DE INSPECCIÓN: | 23 febrero 2026 | INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: | Febrero 2026 |
|----------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------|

[illegible]

Tereoa Orozco Rojas

Teresa Orozco  
Firma

Acciones a realizar: Ninguna

|        |  |
|--------|--|
| Nombre |  |
|        |  |

|       |  |
|-------|--|
| Fecha |  |
|-------|--|





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

Código: FO-SST-014

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO:  
NOMBRE PROFESIONAL:  
CARGO:  
FECHA:

Almacén

Teresa Orozco Rojas

Presidente SST

23 Febrero 2026

| ELEMENTOS DE BOTIQUIN       | CANTIDAD | ESTADO                              |                          | PRESENTACION | FECHA DE VENCIMIENTO | INDICACIONES | RECOMENDACIONES |
|-----------------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|--------------|----------------------|--------------|-----------------|
|                             |          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |                      |              |                 |
| ALGODÓN                     | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| APLICADORES                 | 6        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| CURAS                       | 6        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| ESPARADRAPO                 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ROLLO        | 06/26                |              |                 |
| GASA                        | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ROLLO        | 06/26                |              |                 |
| MICROPORE                   | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ROLLO        | 06/26                |              |                 |
| VENDA ELASTICA              | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ROLLO        | 06/26                |              |                 |
| TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS) | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| GUANTES DE LATEX            | 4        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| TAPABOCAS                   | 5        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| ALCOHOL                     | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TARRO        | 06/26                |              |                 |
| SUERO ORAL                  | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | 06/26                |              |                 |
| BAJALENGUAS                 | 5        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | N/A                  |              |                 |
| CUELLO ORTOPEDICO           | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BOLSA        | N/A                  |              |                 |
| MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MALETIN      | N/A                  |              |                 |
| OTRO                        |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                      |              |                 |

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

Teresa Orozco Rojas



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 23/02/2026

Centro de Trabajo: 8009556 - 8009549

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco Rojas

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teresa Orozco

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Residente SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO**

Fecha: 23 Feb 2026

Centro de Trabajo: 8009556-8009549

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco Rojas

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teresa Orozco

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Coordinadora SST





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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD**

CENTRO DE TRABAJO: 800 9556

REALIZAR POR: Teresa Orozco Rojas

FECHA: 23 Feb 2026

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teresa Orozco.



## INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025

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"

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 23 Febrero 2026  
DILIGENCIADO POR Teread Orozco Rojas

LUGAR DE INSPECCIÓN 8009556 - 8009549  
CARGO Residente SST

## INSPECCION DE HERRAMIENTAS

| TIPO DE HERRAMIENTA            | ESTADO |         |            |             | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|--------|---------|------------|-------------|---------------|
|                                | OPTIMO | REGULAR | DEFICIENTE | NO SE TIENE |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS |        |         |            |             |               |
| ALICATES                       | ✓      |         |            |             |               |
| MARTILLO                       | ✓      |         |            |             |               |
| SEGUETA                        | ✓      |         |            |             |               |
| SERRUCHO                       | ✓      |         |            |             |               |
| BISTURI                        | ✓      |         |            |             |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES  |        |         |            |             |               |
| PALA CUADRADA                  | ✓      |         |            |             |               |
| PALA REDONDA                   | ✓      |         |            |             |               |
| PICA                           | ✓      |         |            |             |               |
| BARRA                          | ✓      |         |            |             |               |
| GRADADORA                      | ✓      |         |            |             |               |
| PORRO O MAZO O ACERO           |        |         |            | ✓           |               |
| CARRETILLA                     | ✓      |         |            |             |               |
| CEPILLO TIPO EDIS              | ✓      |         |            |             |               |
| ESCOBA                         | ✓      |         |            |             |               |
| PULIDORA PEQUEÑA (A)           |        |         |            | ✓           |               |
| PULIDORA GRANDE (B)            |        |         |            | ✓           |               |
| EXTENSIONES ELÉCTRICAS         | ✓      |         |            |             |               |

## SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUI

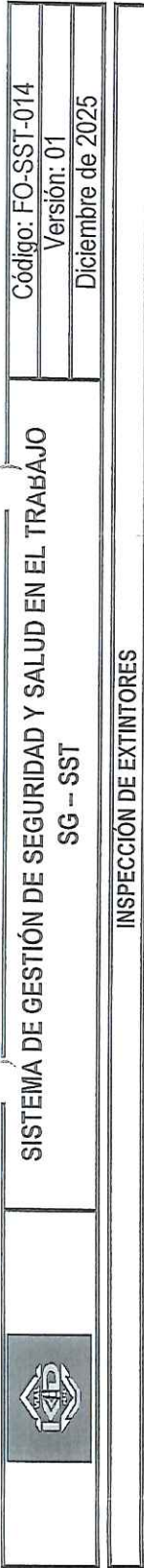
| ESTADO | ESTADO |         |            | RECOMENDACIONES |
|--------|--------|---------|------------|-----------------|
|        | OPTIMO | REGULAR | DEFICIENTE |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |
|        |        |         |            |                 |

## REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

| DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA | DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA | OBSERVACIONES |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |
|                               |                                   |               |

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA Teread Orozco  
NOMBRE Teread Orozco Rojas



8009556 - 8009549

23 Feb 2026

INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO:

Febbraio 2026

[illegible]

Teresa Orozco Lopez

Tarab Olozo

Acciones a realizar: Ninguna

Autorizadas por:

Nombre

Firma

|       |  |
|-------|--|
| Fecha |  |
|-------|--|



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

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

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO:  
NOMBRE PROFESIONAL:  
CARGO:  
FECHA:

8009556-8009549  
Teresa Ochoa Rojas  
Legislador SST  
23 Feb 2026

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

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

Teresa Ochoa Rojas



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

Código: FO-SST-035

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN LOCATIVA**

Fecha: 23 Feb 2026

Centro de Trabajo: 8010914 - 8010695

Participantes en la Inspección: Terced Orozco Rojas

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

**FIRMA QUIEN REALIZÓ**

Terced Orozco R.

NOMBRE: Terced Orozco Rojas

CARGO: Coordinador SST



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

Código: FO-SST-016

Version: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO**

Fecha: 23 Feb 2026

Centro de Trabajo: 8010914 - 8010695

Participantes en la Inspección: Teresa Orozco E.

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Teresa Orozco E.

NOMBRE: Teresa Orozco Rojas

CARGO: Residente SST





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

Código: FO-SST-037

Versión: 01

Diciembre de 2025

**INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD**

CENTRO DE TRABAJO: 8010914 - 807695

REALIZAR POR: Tereza Orozco Rojas

FECHA: 23/02/2026

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

FIRMA QUIEN REALIZÓ

Tereza Orozco R.

|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---------------|
|                                                                                                                     | INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS                    | CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025                                                |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      | 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" |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO<br>DILIGENCIADO POR                                                                                                                                                        | <u>23 Febrero 2026</u><br><u>Tercés Orozco López</u> | LUGAR DE INSPECCIÓN: <u>8010914-8010695</u><br>CARGO: <u>Asistente 605</u> |            |                 |               |
| INSPECCION DE HERRAMIENTAS                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| TIPO DE HERRAMIENTA                                                                                                                                                                                  | ESTADO                                               |                                                                            |            |                 | OBSERVACIONES |
|                                                                                                                                                                                                      | OPTIMO                                               | REGULAR                                                                    | DEFICIENTE | NO SE TIENE     |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| ALICATES                                                                                                                                                                                             | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| MARTILLO                                                                                                                                                                                             | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| SEGUETA                                                                                                                                                                                              | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| SERRUCHO                                                                                                                                                                                             | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| BISTURI                                                                                                                                                                                              | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES                                                                                                                                                                        |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| PALA CUADRADA                                                                                                                                                                                        | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| PALA REDONDA                                                                                                                                                                                         | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| PICA                                                                                                                                                                                                 | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| RA                                                                                                                                                                                                   | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| YADORA                                                                                                                                                                                               | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| PORRO O MAZO O ACERO                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                            |            | ✓               |               |
| CARRETILLA                                                                                                                                                                                           | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| CEPILLO TIPO EDIS                                                                                                                                                                                    | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| ESCOBA                                                                                                                                                                                               | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| PULIDORA PEQUEÑA (A)                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                            |            | ✓               |               |
| PULIDORA GRANDE (B)                                                                                                                                                                                  |                                                      |                                                                            |            | ✓               |               |
| EXTENSIONES ELÉCTRICAS                                                                                                                                                                               | ✓                                                    |                                                                            |            |                 |               |
| SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENCIONADA ANTES RELACIONELA AQUI                                                                                                                              |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| ESTADO                                                                                                                                                                                               | ESTADO                                               |                                                                            |            | RECOMENDACIONES |               |
|                                                                                                                                                                                                      | OPTIMO                                               | REGULAR                                                                    | DEFICIENTE |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA                                                                                                                                       |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA                                                                                                                                                                        | DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA                    | OBSERVACIONES                                                              |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| FIRMA QUIEN REALIZO                                                                                                                                                                                  |                                                      |                                                                            |            |                 |               |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                | <u>Tercés Orozco L.</u>                              |                                                                            |            |                 |               |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                               | <u>Tercés Orozco López.</u>                          |                                                                            |            |                 |               |



## INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: 80-109-14-80-10695

| FECHA DE INSPECCIÓN: | INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: |
|----------------------|----------------------------------------|
| 23 Feb 2026          | Feb 10 2026                            |

[illegible]

Realizó la inspección

Teresa Orozco Rojas

Nombre

Teresa Orozco R.

Firma

Acciones a realizar: Ninguna

| Autorizadas por: |       |
|------------------|-------|
| Nombre           | Firma |
|                  | Fecha |





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

Código: FO-SST-014

Version: 01

Diciembre de 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO:

8070914-8070695

NOMBRE PROFESIONAL:

Tereza Orozco Leys

CARGO:

Leidiane SST

FECHA:

23 febrero 2026

| ELEMENTOS DE BOTIQUIN       | CANTIDAD | ESTADO                              |   | PRESENTACION | FECHA DE VENCIMIENTO | INDICACIONES | RECOMENDACIONES |
|-----------------------------|----------|-------------------------------------|---|--------------|----------------------|--------------|-----------------|
|                             |          |                                     |   |              |                      |              |                 |
| ALGODÓN                     | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| APLICADORES                 | 6        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| CURAS                       | 6        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| ESPARADRAPO                 | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | ROLLO                | 06/2026      |                 |
| GASA                        | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | ROLLO                | 06/2026      |                 |
| MICROPORE                   | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | ROLLO                | 06/2026      |                 |
| VENDA ELASTICA              | 2        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | ROLLO                | 06/2026      |                 |
| TOALLA HIGIENICA (APÓSITOS) | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| GUANTES DE LATEX            | 4        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| TAPABOCAS                   | 5        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| ALCOHOL                     | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | TARRO                | 06/2026      |                 |
| SUERO ORAL                  | 3        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | 06/2026      |                 |
| BAJALENGUAS                 | 5        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | NA           |                 |
| CUELLO ORTOPEDICO           | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | BOLSA                | NA           |                 |
| MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN | 1        | <input checked="" type="checkbox"/> | R | M            | MALETIN              | NA           |                 |
| OTRO                        |          | B                                   | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B                                   | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B                                   | R | M            |                      |              |                 |
| OTRO                        |          | B                                   | R | M            |                      |              |                 |

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

Tereza Orozco L.

# ANEXO N°11



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028303080

PLACA

WGG432

MARCA

TOYOTA

LINEA

HILUX

MODELO

2015

CILINDRADA CC

2.494

COLOR

SUPER BLANCO

SERVICIO

PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO

CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA

DOBLE CABINA

COMBUSTIBLE

DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ

840 - 5

NÚMERO DE MOTOR

2KD-A515279

REG

N

VIN

8AJFR22G5F4573241

NÚMERO DE SERIE

8AJFR22G5F4573241

REG

N

NÚMERO DE CHASIS

8AJFR22G5F4573241

REG

N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

DURAN CAÑON HENRY

IDENTIFICACIÓN

C.C. 79117772

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

100

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

482014000313289

VE

FECHA IMPORT.

PUERTAS

I

05/08/2014

4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

31/10/2014

FECHA EXP. LIC. TTO.

31/01/2023

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTÁ D.C.



LT03005920732



# SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN  
AÑO | MES | DÍA  
2025 | 10 | 29

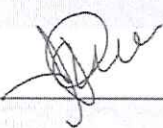
VIGENCIA  
DESDE LAS 00 HORAS DEL  
AÑO | MES | DÍA  
2025 | 10 | 31

HASTA LAS 23:59 HORAS DEL  
AÑO | MES | DÍA  
2026 | 10 | 30



ASEGURADORA

seguros  
mundial®

|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            |                                                                                                                    |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| No. DE POLIZA<br><b>93602587 - 613774836</b>                                                            | PLACA No.<br><b>WGG432</b>                         | CLASE DE VEHICULO<br><b>S. PUB. INTERMUNICIPAL</b> | SERVICIO<br><b>PUBLICO</b>                 | CILINDRAJE/VATIOS<br><b>2494</b>                                                                                   | MODELO<br><b>2015</b>                           |
| PASAJEROS<br><b>5</b>                                                                                   | MARCA<br><b>TOYOTA</b>                             | CARROCERÍA<br><b>DOBLE CABINA</b>                  |                                            |                                                                                                                    |                                                 |
| LÍNEA VEHICULO<br><b>HILUX</b>                                                                          |                                                    |                                                    |                                            |                                                                                                                    |                                                 |
| No. MOTOR<br><b>2KDA515279</b>                                                                          | No. CHASIS o No. SERIE<br><b>8AJFR22G5F4573241</b> | No. VIN<br><b>8AJFR22G5F4573241</b>                | CAPACIDAD TON.<br><b>0,84</b>              |                                                                                                                    |                                                 |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR<br><b>HENRY DURAN CANON</b>                                             |                                                    | TELÉFONO DEL TOMADOR<br><b>3016454023</b>          | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR<br><b>CC</b> | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR<br><b>79117772</b>                                                                    | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR<br><b>BOGOTA D.C.</b> |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA<br><b>1317</b>                                                                    | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA<br><b>14</b>              | CLAVE PRODUCTOR<br><b>13158</b>                    | No. FORMULARIO<br><b>93602587</b>          | CIUDAD EXPEDICIÓN<br><b>11001</b>                                                                                  |                                                 |
| TARIFA<br><b>91</b>                                                                                     | PRIMA SOAT<br><b>\$ 414.900</b>                    | CONTRIBUCIÓN FOSYGA<br><b>\$ 215.700</b>           | TASA RUNT<br><b>\$ 2.400</b>               |                                                                                                                    |                                                 |
| TOTAL A PAGAR<br><b>\$ 633.000</b>                                                                      |                                                    |                                                    |                                            |                                                                                                                    |                                                 |
| FIRMA AUTORIZADA<br> |                                                    |                                                    |                                            |                                                                                                                    |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | ANPAROS POR VICTIMA                                                                                                |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS<br><b>HASTA 263,13<sup>2</sup> 701,68<sup>3</sup></b> |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)                                                                                      |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS<br><b>8,77<sup>1</sup></b>                                      |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | C. INCAPACIDAD PERMANENTE<br><b>HASTA 180<sup>4</sup></b>                                                          |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES                                                                          |                                                 |
|                                                                                                         |                                                    |                                                    |                                            | D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS<br><b>750<sup>5</sup></b>                                                            |                                                 |



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro  
Ter-cero



Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: [www.segurotercero.com](http://www.segurotercero.com)

#### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

#### En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

#### Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT,

la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

#### Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cual puede ser consultada en [www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/](http://www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/). Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

#### Topes de cobertura gastos médicos

<sup>1</sup> El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.

<sup>2</sup> Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022.

<sup>3</sup> Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022.

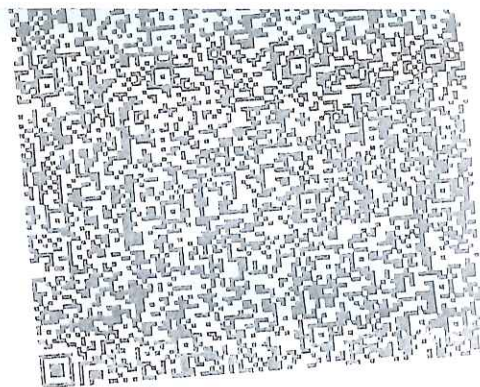
<sup>4</sup> Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>5</sup> Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

Digitally signed by COMPAÑIA  
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.  
Date: 2025.10.29 13:32:23 -05:00



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE



# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 184927590

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA RUEDE SEGURO S.A.S

MIT: 900170215

No. de Certificado de  
Acreditación:

09-OIN-013-001

Fecha de expedición: 2025/10/29

Fecha de vencimiento: 2026/10/29

## DATOS VEHÍCULO

PLACA: WGG432

CLASE: CAMIONETA

MARCA: TOYOTA

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2494

NRO. MOTOR: 2KD-A515279

NRO. CHASIS: 8AJFR22G5F4573241

VIN: 8AJFR22G5F4573241

LÍNEA: HILUX

COLOR: SUPER BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: HENRY DURAN C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

MARIO ROBAYO QUINTERO



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.117.772

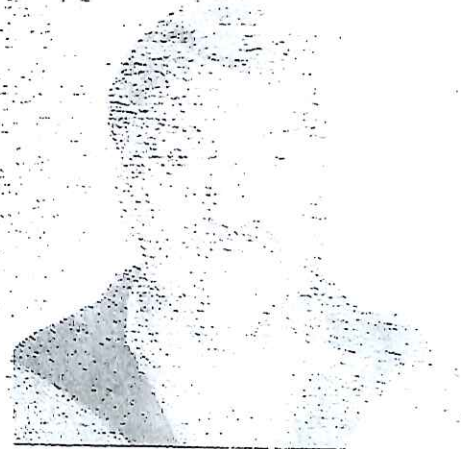
DURAN CAÑON

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES

FIRMA



Escaneado con CamScanner

FORMA 2.0 © CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1960

MURILLO  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

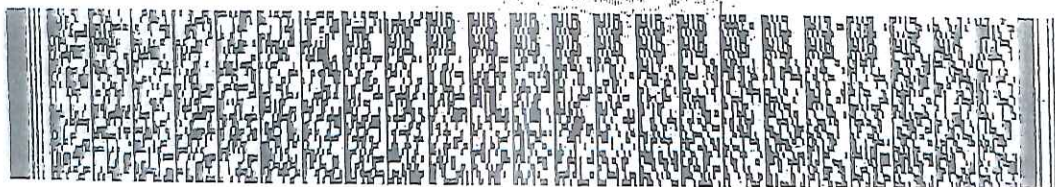
M

SEXO

05-ABR-1979 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00152271-M-0079117772-20090309

0010256946A 2

1120024292

Escaneado con CamScanner

FORMA 2.0 © CamScanner





# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCION

No. 79117772

NOMBRE

HENRY DUFREN CAJON

FECHA DE NACIMIENTO

30-01-1980

SANGRE/TI

O+

FECHA DE EXPEDICION

17-01-2007

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

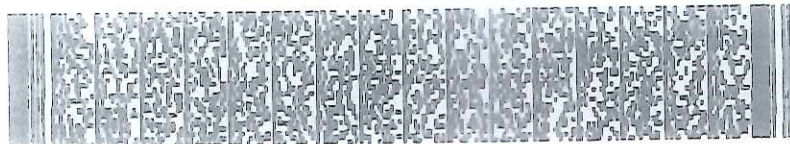


ORGANISMO DE TRÁMITO EMPEDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO                                                                     | VIGENCIA   | SERVICIO   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| B2        | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS. | 17-01-2007 | PARTICULAR |
| C2        | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.             | 17-01-2007 | PUBLICO    |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03009486259

Servicios Integrales 20060 1 0-00000



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027295848

PLACA  
SMA491

MARCA  
CHEVROLET

LÍNEA  
LUV D MAX

MODELO  
2006

CILINDRADA CC  
3.000

COLOR  
GRIS GRANITO PERLECENTE

SERVICIO  
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO  
CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA  
PLATON

COMBUSTIBLE  
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ  
1000 - 5

NÚMERO DE MOTOR  
2B4964

REG  
N

VIN  
\*\*\*\*\*

NÚMERO DE SERIE  
8LBETF1E460001929

REG  
N

NÚMERO DE CHASIS  
8LBETF1E460001929

REG  
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)  
GALVIS LAVERDE JHON WILSON

IDENTIFICACIÓN  
C.C. 79747388

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

POTENCIA HP  
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE FECHA IMPORT.  
1

PUERTAS  
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

FECHA VENCIMIENTO

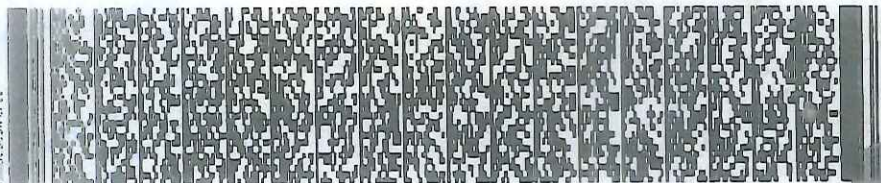
22/11/2005

26/09/2022

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE MOVILIDAD MPAL FUSAGASUGA



LT07001961282



# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA                  |
| AÑO   MES   DÍA     | DESDE LAS 00 HORAS DEL    |
| 2026   2   23       | 2026   3   3              |
|                     | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|                     | 2027   3   2              |



ASEGURADORA



|                                 |                          |                               |                              |                                                              |                                            |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| No. DE PÓLIZA                   | PLACA No.                | CLASE DE VEHÍCULO             | SERVICIO                     | CILINDRAJE/VATIOS                                            | MODELO                                     |
| 95721070 - 615359631            | SMA491                   | S. PUB. INTERMUNICIPAL        | PUBLICO                      | 3000                                                         | 2006                                       |
| PASAJEROS                       | MARCA                    | CHEVROLET                     | CARROCERÍA                   |                                                              |                                            |
| 5                               | LÍNEA VEHÍCULO           | LUVDMAX                       | PLATON                       |                                                              |                                            |
| No. MOTOR                       | No. CHASIS ó No. SERIE   | No. VIN                       | CAPACIDAD TON.               |                                                              |                                            |
| 284964                          | 8LBETF1E460001929        | NA                            | 1,00                         |                                                              |                                            |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR     | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR                                    |                                            |
| JHON GALVIS LAVERDE             | 3003609613               | CC                            | 79747388                     | FUSAGASUGA                                                   |                                            |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA           | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR               | No. FORMULARIO               | CIUDAD EXPEDICIÓN                                            |                                            |
| 1317                            | 14                       | 13158                         | 95721070                     | 11001                                                        |                                            |
| TARIFA                          | PRIMA SOAT               | CONTRIBUCIÓN FOSYGA           | TASA RUNT                    | AMPAROS POR VICTIMA                                          | HASTA                                      |
| 91                              | \$ 436.300               | \$ 226.800                    | \$ 2.400                     | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 <sup>2</sup><br>701,68 <sup>3</sup> |
| TOTAL A PAGAR                   |                          |                               |                              | B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS           | 8,77 <sup>1</sup>                          |
| \$ 665.500                      |                          |                               |                              | C. INCAPACIDAD PERMANENTE                                    | 180 <sup>4</sup>                           |
| FIRMA AUTORIZADA                |                          |                               |                              | D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS                                | 750 <sup>5</sup>                           |
|                                 |                          |                               |                              |                                                              | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)              |
|                                 |                          |                               |                              |                                                              | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES  |

¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.  
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: [www.segurotercero.com](http://www.segurotercero.com)

#### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

#### En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

#### Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT,

la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

#### Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cual puede ser consultada en [www.segurosmondial.com.co/proteccion-de-datos/](http://www.segurosmondial.com.co/proteccion-de-datos/). Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

#### Topes de cobertura gastos médicos

<sup>1</sup> El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.

<sup>2</sup> Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022

<sup>3</sup> Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022.

<sup>4</sup> Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social

<sup>5</sup> Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.





Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE

**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES**

No. 188031791

**DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO****Entidad que expide el certificado:** CDA AVENIDA SEXTA SAS**NIT:** 900135773**No. de Certificado de  
Acreditación:** 09-OIN-011-001**Fecha de expedición:** 2026/02/27**Fecha de vencimiento:** 2027/02/27**DATOS VEHÍCULO****PLACA:** SMA491**CLASE:** CAMIONETA**MARCA:** CHEVROLET**MODELO:** 2006**SERVICIO:** Público**COMBUSTIBLE:** DIESEL**CILINDRAJE:** 3000**NRO. MOTOR:** 284964**NRO. CHASIS:** 8LBETF1E460001929**VIN:****LÍNEA:** LUV D MAX**COLOR:** GRIS GRANITO PERLECENTE**NOMBRE PROPIETARIO:** JHON W. GALVIS L.**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDITH RANGEL ARIZA



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10032695031

PLACA  
WLL368

MARCA  
FOTON

LÍNEA  
BJ1043V8AE6-D

MODELO  
2015

CILINDRADA CC  
3.432

COLOR  
BLANCO

SERVICIO  
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO  
CAMION

TIPO CARROCERÍA  
ESTACAS

COMBUSTIBLE  
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ  
2200

NÚMERO DE MOTOR  
B403007721

REG  
N

VIN  
LVBV8AE61FE001786

NÚMERO DE SÉRIE  
LVBV8AE61FE001786

REG  
N

NÚMERO DE CHASIS  
LVBV8AE61FE001786

REG  
N

PROPIETARIO(APELLIDOS Y NOMBRE(S))  
PAEZ RIOS JULIANA VANESSA

IDENTIFICACIÓN  
C.C. 1070325808

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

POTENCIA F  
110

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN  
352014000180978

VE FECHA IMPORT.  
I 28/05/2014

PUEERTAS  
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECH

TTO.

FECHA VENCIMIENTO

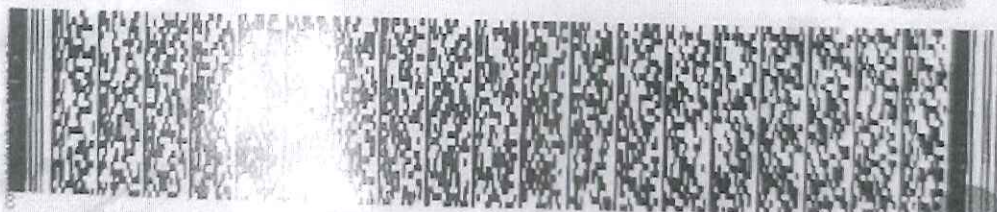
26/02/2015

06/09/2024

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



LT07003365866



SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN  
AÑO MES DÍA

2026-02-26

VIGENCIA  
DESDE LAS 00 HORAS DEL  
AÑO MES DÍA  
2026-02-27HASTA LAS 23:59 HORAS DEL  
AÑO MES DÍA  
2027-02-26

PREVISORA  
SEGUROS

|                                 |                          |                      |                               |                                                              |                                           |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| No. DE PÓLIZA.                  | PLACA No.                | CLASE VEHICULO       | SERVICIO                      | CILINDRAJE/VATIOS                                            | MODELO                                    |
| 3308006408647000                | WLL368                   | CARGA O MIXTO        | PUBLICO                       | 3432                                                         | 2015                                      |
| PASAJEROS                       | MARCA                    | FOTON                |                               | CARROCERÍA                                                   |                                           |
| 4                               | LÍNEA VEHICULO           | BJ1043V8AE6-D        |                               | ESTACAS                                                      |                                           |
| No. MOTOR                       | No. CHASIS ó No. SERIE   | No. VIN              | CAPACIDAD TON.                |                                                              |                                           |
| B403007721                      | LVBV8AE61FE001786        | LVBV8AE61FE001786    | 2.20                          |                                                              |                                           |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR |                          | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR                                 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR                 |
| PAEZ RIOS, JULIANA VANESSA      |                          | *****723             | CC                            | 1070325808                                                   | EL COLEGIO                                |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA           | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR      | No. FORMULARIO                | CIUDAD EXPEDICIÓN                                            |                                           |
| AT1324                          | 33                       | 13909                | 0                             | EL COLEGIO                                                   |                                           |
| TARIFA                          | PRIMA SOAT               | CONTRIBUCIÓN FOSYGA  | TASA RUNT                     | AMPAROS POR VICTIMA                                          | HASTA                                     |
| 310                             | \$ 582900                | \$ 303100            | \$ 2400                       | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 <sup>1</sup>                       |
| TOTAL A PAGAR                   |                          |                      |                               | B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS           | 701,68 <sup>2</sup>                       |
| \$ 888400                       |                          |                      |                               | C. INCAPACIDAD PERMANENTE                                    | 8,77                                      |
|                                 |                          |                      |                               | D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS                                | HASTA                                     |
|                                 |                          |                      |                               | 180                                                          |                                           |
| FIRMA AUTORIZADA                |                          |                      |                               | 750                                                          | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)             |
|                                 |                          |                      |                               |                                                              | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT**, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: **Digital**: a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico**: impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

**Circular Externa 013 de 2024** emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia**, se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera** sea **diaria**. Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben registrarse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. envíame información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

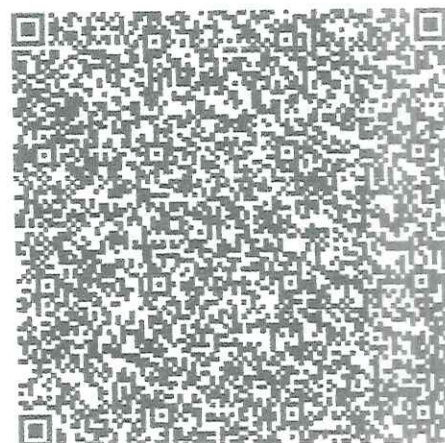
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet [www.previsora.gov.co](http://www.previsora.gov.co)





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden



**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES**  
No. 181537794

**DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO**

Entidad que expide el certificado: CDA RASTRILLANTAS LTDA

NIT: 832002212

No. de Certificado de  
Acreditación: 09-OIN-032

Fecha de expedición: 2025/06/03

Fecha de vencimiento: 2026/06/03

**DATOS VEHÍCULO**

PLACA: WLL368

CLASE: CAMION

MARCA: FOTON

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3432

NRO. MOTOR: B403007721

NRO. CHASIS: LVBV8AE61FE001786

VIN: LVBV8AE61FE001786

LÍNEA: BJ1043V8AE6-D

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: JULIANA V. PAEZ R.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

**DIEGO FERNANDO TORRES VILLALOBOS**

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.385.405  
LOPEZ MORENO

FECHA DE NACIMIENTO  
JULIO

IDENTIFICACIÓN

*Julio Lopez Moreno*



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 80385405

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE  
JULIO LOPEZ MORENO

FECHA DE NACIMIENTO  
29-12-1970

SANGRE  
B+

FECHA DE EXPIRACIÓN  
09-04-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSPORTE ESCRIBEN  
STRIA MCPAL DE COACHA



FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1970

EL COLEGIO  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

20-FEB-1989 EL COLEGIO

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
SARAH ANNE SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A 1505700-0023567-M-0080385405-20100010

0021691931A 1

2552267

| CATEGORIAS AUTORIZADAS |                                                                                               |            |             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| CATEGORIA              | CLASE DE VEHICULO                                                                             | VIGENCIA   | RESTRICCIÓN |
| B2                     | AUTOMÓVIL, MOTOCICLO,<br>CUATRICICLO, CAMIÓN,<br>CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN,<br>BUSETA Y BUS | 09-04-2025 | PARTICULAR  |
| C2                     | AUTOMÓVIL, MOTOCICLO,<br>CAMIÓN, CAMIONETA, MICROBUS,<br>CAMIÓN, BUSETA Y BUS                 | 09-04-2025 | PUBLICO     |



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL  
LC03008454345



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

1002970617

PLACA

LUN060

MARCA

JMC

LINEA

JX1041TSGA24

MODELO

202

CILINDRADA CC

2.771

COLOR

BLANCO

SERVICIO

PÚBLICO

CLASE DE VEHICULO

CAMION

TIPO CARROCERIA

ESTACAS

COMBUSTIBLE

DIESEL

CAPACIDAD

2921

NUMERO DE MOTOR

JX493ZLQ4-N5035787

REG

N

VIN

LEFYFCG29PHN03033

NUMERO DE SERIE

LEFYFCG29PHN03033

REG

N

NUMERO DE CHASIS

LEFYFCG29PHN03033

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

BANCO DAVIVIENDA S.A.

IDENTIFICACIÓN

NIT 830034313

Powered by Cam

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

\*\*\*\*\*

POTENCIA HP

107

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

982022000106048

ME

FECHA IMPORT.

1 01/11/2022

PUERTAS

4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRICULA

28/03/2023

FECHA EXP. LIC. TTO

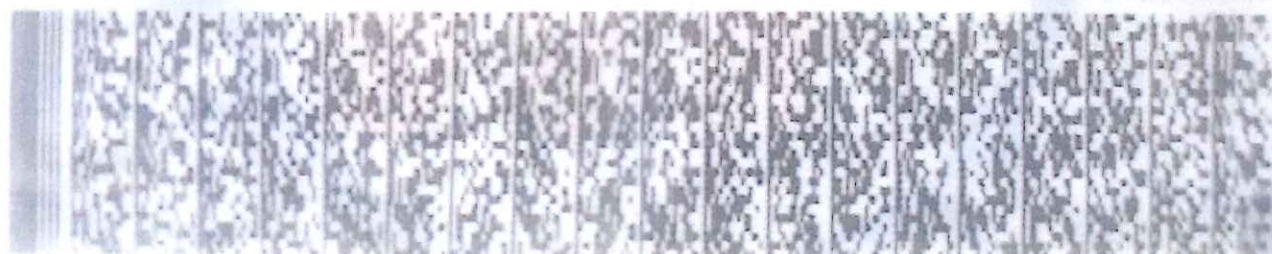
03/08/2023

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



1002970608073

Powered by Cam



# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA                  |
| AÑO   MES   DÍA     | DESDE LAS 00 HORAS DEL    |
| 2025   02   24      | 2025   03   17            |
|                     | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|                     | 2026   03   16            |



SEGUROS  
COMERCIALES  
BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

|                                 |                          |                      |                               |                                                              |                           |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| No. DE PÓLIZA.                  | PLACA No.                | CLASE DE VEHÍCULO    | SERVICIO                      | CILINDRAJE/VATIOS                                            | MODELO                    |
| 2020102099701                   | LUN060                   | CAMION               | PÚBLICO                       | 2771                                                         | 2023                      |
| PASAJEROS                       | MARCA                    | CARROCERÍA           |                               |                                                              |                           |
| 5                               | JMC                      | 1 - ESTACAS          |                               |                                                              |                           |
| LÍNEA VEHÍCULO                  | JX1041TSGA24             |                      |                               |                                                              |                           |
| No. MOTOR                       | No. CHASIS o No. SERIE   | No. VIN              | CAPACIDAD TON.                |                                                              |                           |
| JX493ZLQ4-N5035787              | LEFYFCG29PHN03033        | LEFYFCG29PHN03033    | 2.92                          |                                                              |                           |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR |                          | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR                                 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
| MAREAUTO COLOMBIA S A S         |                          | 3184872360           | NT                            | 900265584                                                    | BOGOTÁ D.C.               |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA           | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR      | No. FORMULARIO                | CIUDAD EXPEDICIÓN                                            |                           |
| 79357                           | 2020                     | 79357                | 2020102099701                 | IBAGUE-TOLIMA                                                |                           |
| TARIFA                          | PRIMA SOAT               | CONTRIBUCIÓN FOSYGA  | TASA RUNT                     | AMPAROS POR VICTIMA                                          |                           |
| 310                             | \$580,700.00             | \$301,900.00         | \$2,100.00                    | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS |                           |
| TOTAL A PAGAR                   |                          |                      |                               | HASTA                                                        |                           |
| \$884,700.00                    |                          |                      |                               | 263,13 <sup>1</sup>                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 701,68 <sup>2</sup>                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 8,77                                                         |                           |
|                                 |                          |                      |                               | HASTA                                                        |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 180                                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 750                                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)                                |                           |
|                                 |                          |                      |                               | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES                    |                           |
| FIRMA AUTORIZADA                |                          |                      |                               | D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS                                |                           |

<sup>1</sup>Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.  
Decreto 2644 de 2022.  
<sup>2</sup>Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una fácil portabilidad y usabilidad, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general para todas las personas.



#### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

#### En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

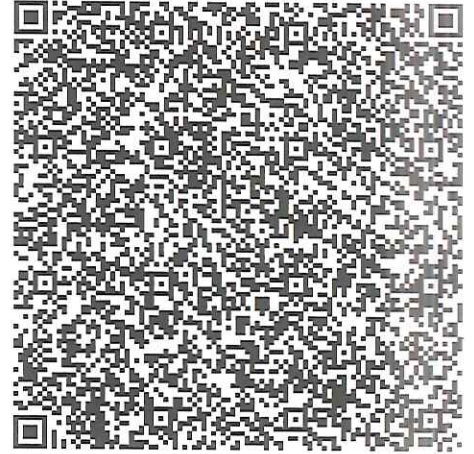
#### Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden



## CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 180284580

### DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA UNIMILENIO

NIT: 900225056

No. de Certificado de  
Acreditación: 11-OIN-039-001

Fecha de expedición: 2025/03/18

Fecha de vencimiento: 2026/03/18

### DATOS VEHÍCULO

PLACA: LUN060

CLASE: CAMION

MARCA: JMC

MODELO: 2023

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2771

NRO. MOTOR: JX493ZLQ4-N5035787

NRO. CHASIS: LEFYFCG29PHN03033

VIN: LEFYFCG29PHN03033

LÍNEA: JX1041TSGA24

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: BANCO DAVIVIENDA S.A.

### FIRMA DEL RESPONSABLE

NUNO ANDRE PINTO HENRIQUES





Libertad y Orden

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE TRANSPORTE**



**LICENCIA DE TRÁNSITO No.**

**10026749508**

|                                      |                     |                  |                  |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|------------------|
| PLACA                                | MARCA               | LÍNEA            | MODELO           |
| <b>SMD276</b>                        | <b>KENWORTH</b>     | <b>T800</b>      | <b>2009</b>      |
| CILINDRADA CC                        | COLOR               | SERVICIO         |                  |
| <b>10.800</b>                        | <b>AZUL</b>         | <b>PÚBLICO</b>   |                  |
| CLASE DE VEHÍCULO                    | TIPO CARROCERÍA     | COMBUSTIBLE      | CAPACIDAD Kg/PSJ |
| <b>VOLQUETA</b>                      | <b>PLATON</b>       | <b>DIESEL</b>    | <b>15300</b>     |
| NÚMERO DE MOTOR                      | REG                 | VIN              |                  |
| <b>35227910</b>                      | <b>S</b>            | <b>*****</b>     |                  |
| NÚMERO DE SERIE                      | REG                 | NÚMERO DE CHASIS | REG              |
| <b>242733</b>                        | <b>S</b>            | <b>242733</b>    | <b>S</b>         |
| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN      |                  |                  |
| <b>CORTES RINCON ERNESTO</b>         | <b>C.C. 2866239</b> |                  |                  |

DISTRIBUCIÓN DE VEHÍCULOS

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

**0**

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE. FECHA IMPORT.

PUERTAS

**062008100148983**

**1 16/06/2008**

**2**

LIBERTACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

FECHA VENCIMIENTO

**18/07/2008**

**28/07/2022**

**\*\*\*\*\***

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA**



**LT07001824642**