	CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO **ORDEN DE** **EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL**	Código: FRT-SG-SST 07 Versión: 00 Fecha: Ene 26 Página 1 de 1

""CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE EL DIAGNOSTICO, MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO Y DOTACIÓN DE LOS PARQUES DE PROXIMIDAD, VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

FECHA: 13/04/2026.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Henry Narvaez

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Henry Narvaez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1085165731. de guamal magdalena, me desempeño en la empresa CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO como Ayudante informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma: Henry Narvaez F.	Fecha: 13/04/2026.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.193.311.210
ROJAS RICO
APELLIDOS
JEISON JAVIER
NOMBRES

Jeison ROJAS
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-2002
SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

04-DIC-2020 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2107600-01186750-M-1193311210-20201209 0072758257A 1 8501115329

Powered by CamScanner

Medellín, 18 de Febrero 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 DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1193311210	ROJAS RICO JEISON JAVIER	27/01/2026		16964142	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072604952513

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/02/2026 14:35:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.208.175, 198.143.41.47, 172.16.42.57

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO # Orden: 195483 Fecha: 2026-01-15 08:35:30

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIIU: 4290 SECTOR: 0

ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JEISON JAVIER APELLIDOS: ROJAS RICO

IDENTIFICACIÓN: 1193311210 FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Octubre de 2002 EDAD: 23

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA

ARL: SURA EPS: NUEVA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Audiometria, Espirometria, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si

NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

RECOMENDACIONES

1. Consulte con su médico tratante (Medicina General) la remisión a Nutrición para el manejo del sobrepeso.

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral 4) Uso de Protección Auditiva

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual 2) Realizar Actividad Física 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de protección visual según tipo de exposición

MARIA JIMENA STEFANEL ORJUELA
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Rg No. 1020820596
Resolución - Lic No. 19872 DE 30/09/2024



Atendido por: STEFANEL ORJUELA MARIA JIMENA
Registro Médico: 1020820596
Licencia S.O.: 19872 DE 30/09/2024

Paciente: ROJAS RICO JEISON JAVIER
Identificación: 1193311210

Bogotá, 02/02/2026

Señor(a)
JEISON JAVIER ROJAS RICO
C – 1193311210

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016211009
Fecha Radicación: 01/28/2026

Apreciado afiliado:

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

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa CONSTRUCCIONES DFL SAS N 900814668, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

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

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JEISON JAVIER ROJAS RICO	C	10/23/2002	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 02/28/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Dirección Laboral: CR 71 C 53 A 10 SUR CEL 3107907989
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 01/26/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) APOYO EMPRESARIAL EN SEGUROS AES SAS Código: N102, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	**Cod.**	**Documentos exigidos**	**Cod.**	**Documentos exigidos**	**Cod.**
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

JEISON JAVIER ROJAS RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.311.210**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSORCIO OBRAS	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 ene-26 FRT-SG-SST 06

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Jelson Javier Rojas Rico
CARGO: Ayudante obra.
CEDULA: 1193311210
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 07/04/2026
EMPRESA / CONTRATISTA: DFL
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Anacmelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): Jefe inmediato.
NOMBRE: carlos.
DIRECCIÓN: N/A.
TELÉFONOS: 313 442 1809

AFILIACIONES

ARL: sura
EPS: Nueva eps
PENSIONES: porvenir.
CAJA COMPENSACION:

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+

NIVEL DE ESCOLARIDAD
EDAD: 23

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jelson ROJAS.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1193311210
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: ANAC.

CONSORCIO OBRAS	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 ene-26 FRT-SG-SST 06

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura y espacios confinados debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Delson Rojas

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11933 11210

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anarcamelo

CONSORCIO OBRAS	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

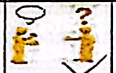
NOMBRE: Jelson Javier Rojas Rico. FECHA: 07/04/2026

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: DFL.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

 X	 X	 X	 X	
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
	 X			
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No alcohol
No tabaco
No drogas.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

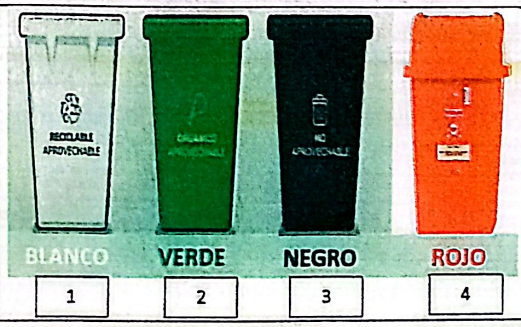
RTA: cedula examen m
Afiliaciones seguridad social

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	⊗ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

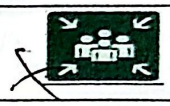
6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2.



CONSORCIO OBRAS	**EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	*Version 1* *ene-26* *FRT-SG-SST 05*

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Aracamelo.	Fecha: 27/01/26	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO OBRAS	**RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**	FRT-SG-SST 08 VERSIÓN: 01 Fecha: 01/2026 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025

Fecha de elaboración: 07-1-26

Yo Jelson Rojas. identificado (o) con C.C 1193311210 de Santana quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN							
Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	15/01/26	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO			
Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	

OTRAS RECOMENDACIONES

Apto

RESTRICCIÓN ESPECIFICA

N/A.

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jelson Rojas Cargo: Ayud. Firma: Jelson R.

	CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO **ORDEN DE** **EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL**	Código: FRT-SG-SST 07 Versión: 00 Fecha: Ene 26 Página 1 de 1

""CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE EL DIAGNOSTICO, MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO Y DOTACIÓN DE LOS PARQUES DE PROXIMIDAD, VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

FECHA: 07/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jeison Javier Rojas.

CARGO: Ayudante.

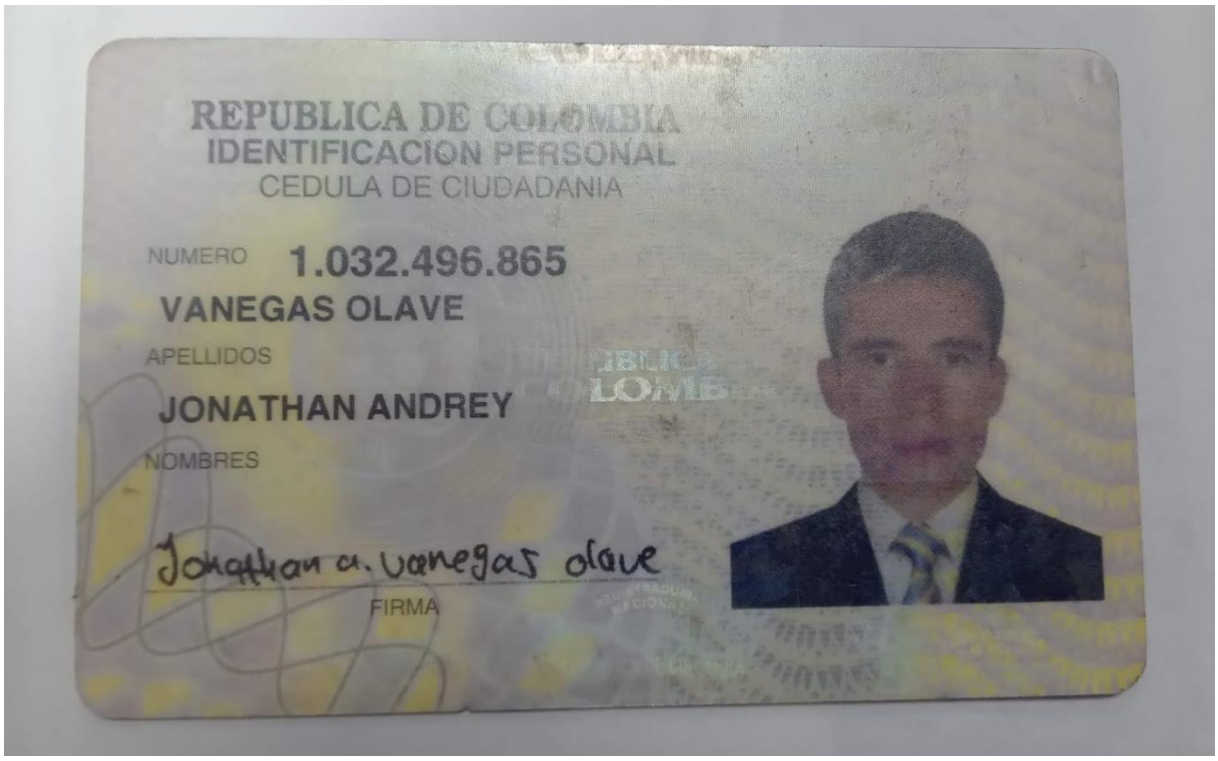
ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Jeison Javier Rojas. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1193311210 de santa ana., me desempeño en la empresa CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO como Ayudante informó que

Si. acepto realizarme el examen de egreso.

Firma: Jeison Rojas.	Fecha: 07/04/2026.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.496.865

VANEGAS OLAVE

APELLIDOS

JONATHAN ANDREY

NOMBRES

Jonathan a. vanegas olave

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-MAR-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00819500-M-1032496865-20160427 0049516865A 1 46446720

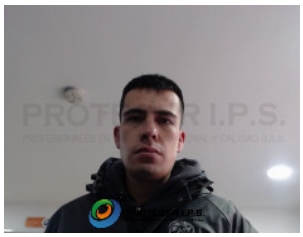
LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 178235 Fecha Examen: 2025-06-10 Hora: 09:07:35

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 SECTOR: 0

ENT. MISIÓN: CONSTRUCCIONES DFL SAS NIT: 900814668 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JONATHAN ANDREY APELLIDOS: VANEGAS OLAVE

IDENTIFICACIÓN: 1032496865 FECHA DE NACIMIENTO: 20 de Marzo de 1998 EDAD: 27

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNOLOGO CARGO: INSPECTOR

ARL: SURA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Alturas, Anexo Osteomuscular, Glicemia En Ayunas, Perfil Lipidico, Cuadro Hematico (hemograma), Visiometria, Espirometria, Audiometria, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para trabajar en alturas: Si

NOTA: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 4272 DE 2021

OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Control de exposición a ruido en la fuente 3) Reposo auditivo extralaboral 4) Uso de Protección Auditiva

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual 2) Realizar Actividad Física 3) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Educación en higiene visual 3) Pausa activa visual 4) Uso de corrección optica permanente.
5) Uso de protección visual según tipo de exposición

OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

" REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE . ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION . "

"REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS VISUALES , USO DE LENTES CORRECTIVOS , -SE RECOMIENDA EJERCICIOS VISUALES VP-VL CONTROL ANUAL POR OPTOMETRA DE EPS "

DORIS YANET LONDOÑO LOPEZ
Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Rg No. 52402320
Licencia No. 2022060333590 (23/09/2022)



Atendido por: LONDOÑO LOPEZ DORIS YANET
Registro Médico: 52402320
Licencia S.O.:

Paciente: VANEGAS OLAVE JONATHAN ANDREY
Identificación: 1032496865

Medellín, 18 de Febrero 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 DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1032496865	VANEGAS OLAVE JONATHAN ANDREY	12/06/2025		62253214	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072604952636

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/02/2026 14:37:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.208.175, 198.143.41.47, 172.16.42.57

compensar | salud eps

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

17 JUN 2025
Cód 642 Nubia Constanza Timina B.
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 11/06/2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS): 01

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

8. Apellidos y nombres: Vargas Olave | Jonathon Andrey
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1038496865
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: Colombia | Cundinamarca | Bogota
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 20/03/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN Si [ ] No [X]
20. Clasificación SISBÉN Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1,423,500
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Cra 72g #53a-32 sur Bogota DC
7787719 | 3202936925 | jvargasolave@gmail.com
Cundinamarca | Bosa
Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	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			

V002

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

1193

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

55. Nombre o razón social: CONSTRUCCIONES DFL SAS

56. Tipo de documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 901146[illegible]

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 3

59. Ubicación: Cra 71 C # 53 A 10 Sur

3134421809 | admoncostrucciones@hotmail.com | Bogotá | 9252730 | Bogotá DC

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ✓

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción EPS retorno al país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad — A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado

15. Traslado — A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del traslado de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre - pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico: Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación: F / M / T / NR / Otro / Cuál

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) | 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 11/06/2025 | 67. Motivo de traslado: Cod | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ✓
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ✓
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ✓
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. ✓

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

Jonathan Vanegas

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Johana Rojas

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional

CONSTRUCCIONES DFL S.A.S. NIT 900.814.668

X. ANEXOS

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

Total Anexos:

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

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

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 17/06/2025 | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES

NIT 900814668

APORTE JULIO

17 JUN 2025
Cód 642 Nubia Constanza Timina B.
SUJETO A VERIFICACIÓN

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.

FOR-GPPS-73-0002 V002

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

compensar | salud eps

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

¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?
SI: Correo electrónico: _____ NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Jonathan Vanegas

No. Identificación: 1032496865

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

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

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

B
17 JUN 2025
Cód 642 Nubia Constanza Timina B.
SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https //corporativo compensar com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https //corporativo compensar com/le-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado: Jonathon Vanegas **No. Identificación:** 1032496865

Vigilado Supersalud

FOR-EPS-VTA-0002 V02

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:30:36 PM horas del 10/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032496865**
Apellidos y Nombres: **VANEGAS OLAVE JONATHAN ANDREY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1032496865
Nombre	: JONATHAN ANDREY VANEGAS OLAVE
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES DFL SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900814668
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/06/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/06/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código xYbD3yCEH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

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:

JONATHAN ANDREY VANEGAS OLAVE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.496.865**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 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.

CONSORCIO OBRAS	**ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	Versión 1 ene-26 FRT-SG-SST 06

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Jonathan Andrey Vanegas
CARGO: Inspector.
CEDULA: 1032496965
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 01/04/2026.
EMPRESA / CONTRATISTA: DFL.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): Jefe inmediato.
NOMBRE: Carlos.
DIRECCIÓN: N/A.
TELÉFONOS: 313 442 1809.

AFILIACIONES

ARL: Sura.
EPS: Compensar.
PENSIONES: Porvenir.
CAJA COMPENSACION:

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+
NIVEL DE ESCOLARIDAD: tecnologo - inspector.
EDAD: 27

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jonathan V.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1032496965.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo.

CONSORCIO OBRAS	*ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*	*Versión 1* *ene-26* *FRT-SG-SST 06*

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura y espacios confinados debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jonathan V.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1032496865.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ancumelo

CONSORCIO OBRAS	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

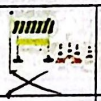
NOMBRE: Jonathan Andrey FECHA: 09/04/2026

CARGO: Inspector. CONTRATISTA: DFL.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

 X	 X	 X	 X	
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
	 X		 X	
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No alcohol
No tabaco
No drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

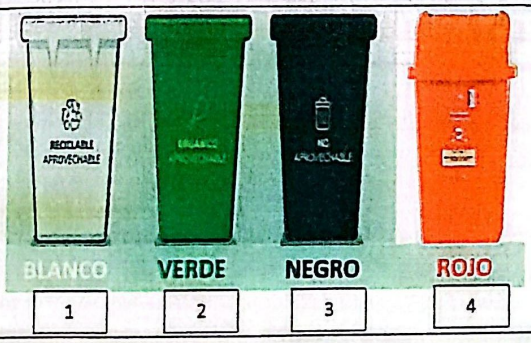
RTA: cedula examen. m. Afiliaciones seguridad social.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 días	⊗ Inmediatamente
○ Despues de 8 días	○ Al día siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2.



CONSORCIO OBRAS	**EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	*Version 1* *ene-26* *FRT-SG-SST 05*

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Ana Camelo	**Fecha:** 01/04/26	**Calificacion:** 9/9	**APROBADO:** SI [X]	NO [ ]

CONSORCIO OBRAS	**RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**	FRT-SG-SST 08 VERSIÓN: 01 Fecha: 01/2026 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025

Fecha de elaboración: 01/04/2026

Yo Jonathan Arango identificado (o) con C.C 1032400865 de Bogota quien desempeña el cargo de Inspector. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	11/06/25	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente			X	
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				
N/A Apto				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jonathan Cargo: Inspector. Firma: Jonathan Vanegas

	CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO **ORDEN DE** **EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL**	Código: FRT-SG-SST 07 Versión: 00 Fecha: Ene 26 Página 1 de 1

""CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE EL DIAGNOSTICO, MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO Y DOTACIÓN DE LOS PARQUES DE PROXIMIDAD, VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

FECHA: 06 /0 /2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jonathan Andrey V.

CARGO: Inspector.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Jonathan Andrey Usnegos identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1032496865. de Bogota D.C., me desempeño en la empresa CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO como Inspector informó que

si acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Jonathan V	01/04/2026.

CONSORCIO OBRAS	ENTREGA DE DOTACION Y/O ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Versión: 1 ENERO 2026 FRT-SG-SST-28

NOMBRE DEL EMPLEADO: Jonathan Andrey vanegas.		TIPO DE ENTREGA	
CEDULA EMPLEADO: 1032496865.	CARGO:	DOTACION	EPP
FRENTE DE TRABAJO: Oficina principal.	FECHA:	X	X

CANTIDAD	DESCRIPCION
1	casco seg.
1	botas seg.
1	tapa bocas.
1	mono gafas
1	tapa bocas.
1	guantes.

El trabajador aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y declara que:

1. CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025 se encuentra a PAZ Y SALVO con el trabajador por concepto de dotación a la fecha de la firma del presente documento.

2. En cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, el reglamento interno de trabajo, la política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y las disposiciones en cuanto a seguridad y salud ocupacional apliquen, el trabajador se compromete a hacer uso adecuado de los elementos que se le entregan para su seguridad de acuerdo con las actividades que realiza para la empresa.

3. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación de acuerdo a lo aquí establecido, lo vende o lo regala, CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025 queda eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.

4. El trabajador se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a su bienestar físico, psicológico y social. Declarando que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

QUIEN ENTREGA	EL TRABAJADOR
Firma: Ana Camelo.	Firma Jonathan V.
Nombre: Ana lucia Camelo.	Nombre: Jonathan Andrey vanegas.
Cedúla: 1031182437	Cedula: 1032496865

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.335.673

CORTES BENITEZ

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1956

CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

25-OCT-1976 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00215159-M-0011335673-20100216 0020950481A 1 1170630598

Bogotá D.C., 8 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 11335673
Nombres y Apellidos	LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 900814668
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES DFL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	8/4/2026
Cargo	ayudante de obra
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 3szIFbZ6S

Vigilado Supersubsidio

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012800025
9012800025

No. de Radicación SAT: 30496047

Fecha de Radicación: 08 04 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
CORTES Primer Apellido	BENITEZ Segundo Apellido	LUIS Primer Nombre	EDUARDO Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	11335673	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			02 D 01 M A 1956 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

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

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES DFL SAS	NT	900814668	

59. Ubicación				
CL 54B S 71B 52 Dirección	8014189 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 08 M 04 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

Vigilado Supersalud

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CORTES BENITEZ LUIS EDUARDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11335673,** se encuentra afiliado/a desde **29/03/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de abril 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

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1993

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 26 M 10 A 2024	Ayudante de Obra

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Cortes Benitez	Luis Eduardo

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D 02 M 01 A 1956	Chiquinquira (Boyacá)

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Calle 38 A Sur N° 8-57 Managua	Bogotá D.C.

Teléfono	No. Celular
3145542707, 3166158735	

Correo electrónico	Nacionalidad
	Colombiana

FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3x4 cms.

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Ayudante de obra	Soltero	5 años.

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X]	N° 11 335673 Zipaquirá	(**) Libreta militar N°	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°	Categoría
	Si [ ] No [X]		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

5° de Primaria, Soy una Persona trabajo en equipo, cumplo a cabalidad las directrices impartidas y apoyo los cambios a favor.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si [X] No [ ]	DYJ Construcciones	Empleado [X] Independiente [ ]	Obra labor.

¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre / Dependencia
Si [ ] No [X]	Si [ ] No [X]	D M A	Si [X] No [ ]	Leidy Castro / Residente de obra.

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?			
Si [ ] No [X]		Anuncio [ ]	Amigo [X]	Redes Sociales [ ]	
		Por medio de agencia [ ]	Otro [ ]	¿Cuál?	

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Vive en casa:	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
Si [X] No [ ]	¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Ana cortes	3112285931	6 años.

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Si [ ] No [X]		$ 850.000=

¿Por qué conceptos?	¿Cuanto es su aspiración salarial?
Arriendo, servicios, Transportes y Alimentación	$ 1300000 =

¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?	¿Cuál(es)?
Ciclismo	Si [X] No [ ]	ciclismo

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

© by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 05-2019

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1966	5	5° primaria	Concentración Antonio Nariño	Marmato Caldas
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si / No X	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución

Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular (50 a 60%) B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si ☐ No X	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB			
Idiomas Si ☐ No X	1.	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
		R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
DJ Construcciones	Construcción		3134198703

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso (D M A)	Fecha Retiro (D M A)	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante de Obra	Operativo	10 10 23		$1100000	$1300000

Funciones realizadas: Ayudante de obra

Nombre de su jefe inmediato: Arq Jessica Rodriguez — Cargo: Gerente Administrativa

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? 1 año — Contrato directo con la empresa ☐ — Otro X ¿Cuál? Obra labor
Fijo ☐ — Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo X — 1/2 Tiempo ☐ — Por horas ☐ — Jornada: Diurna X — Nocturna ☐ — Otra jornada ☐

Motivo del retiro: laborando actualmente

minerva

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Consorcio San José	Construcción		3003059830

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante de obra	construcción	D 16 M 02 A 22	D 10 M 12 A 22	$1000000	$1100000

Funciones realizadas: Ayudante de obra

Nombre de su jefe inmediato: Pablo Perez — Cargo: Gerente Administrativo

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] Fijo [ ] ¿Cuánto tiempo? 8 meses — Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [X] ¿Cuál? Obra labor

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [X] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: Finalización de obra

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Carlos Gutierrez SAS	construcción		3102053565

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante de obra	construcción	04 04 23	09 10 23	$1100000	$1100000

Funciones realizadas: Ayudante de obra

Nombre de su jefe inmediato: Carlos Gutierrez — Cargo: Gerente General

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] Fijo [ ] ¿Cuánto tiempo? 6 meses — Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [Y] ¿Cuál? Obra labor

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: Finalización de obra

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares oempleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Luis Carlos Rojos	Ingeniero Civil	Cra 9 este # 3639 Soacha	3132893476
2.	Leidy esmeraldo Castro	Ingeniera		3156830252

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Juan Carlos Pinzón Cortes	Ing enero	clle 38 A Sur 8-51	3114340303
2.	Edwin Alejandro Pinzón	Ingeniero Agropecuario	cra 2 Nº 38-01, Usme	3112042609

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] (Marque con una X)

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 107 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. 1133567[illegible]

minerva

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Verificar examen: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General



No. ingreso	**59612**	**Fecha Impresión**	**7/04/2026**
Fecha Ingreso	**7/04/2026**	**Nombre**	**LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ**
Documento	**CC 11335673**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**AYUDANTE DE OBRA**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**2/01/1956**	**Edad**	**70**
Dirección	**CLL 38 SUR NO 8 51**	**Teléfono**	**3145542787**
Estado Civil	**Soltero**	**# Hijos**	
Empresa a Laborar	**CONSTRUCCIONES DFL SAS**	**Fecha de salida**	**7/04/2026**

Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL	ESPIROMETRIA	NORMAL
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO CON RECOMENDACIQNES**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE visual
SVE-Auditivo
Capacitación para el levantamiento y manejo adecuado de carga-uso de EPP específicos según análisis de riesgo previo.
Puede laborar en alturas bajo debido acompañamiento

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. Rodrigo Alejandro Méndez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
R.M. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: LUIS EDUARDO CORTES BENITEZ
TD:CC11335673

CONSORCIO OBRAS	**ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	Versión 1 ene-26 FRT-SG-SST 06

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Luis Eduardo Cortes Benitez
CEDULA: 11335673
EMPRESA / CONTRATISTA: Construcciones DFL SAS
CARGO: Ayudante
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 13 Abril 2026
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): Oficina principal
NOMBRE: Oficina.
DIRECCIÓN: Cra 73 # 48-88
TELÉFONOS: 6482555

AFILIACIONES

ARL: Sura
EPS: Famisanar
PENSIONES: Colpensiones
CAJA COMPENSACION:

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH
NIVEL DE ESCOLARIDAD
EDAD 70

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Luis.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 11335673
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

Powered by CamScanner

ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FRT-SG-SST 08

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: □ Trabajo en alturas □ Trabajos en caliente □ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura y espacios confinados debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Luis.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11335673

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

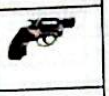
NOMBRE: Luis Eduardo Cortes Benitez FECHA: 13/01/26

CARGO: Ayudante CONTRATISTA: Construcciones DPL SAS

1. Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocamos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

				
X Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	X Señalizar el área de trabajo	X Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	X Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	X Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	X Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA:
No Alcohol
No Tabaco
No Drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

RTA:
Cedula, licencia.
Examen medico
Afiliaciones Seguridad

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	⊗ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas		4
Carton Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Powered by CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por:	Ana Camelo	Fecha:	13/04/26	Calificacion:	8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

Powered by CamScanner

	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	FRT-SG-SST 08 VERSIÓN: 01 Fecha: 01/2026 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025

Fecha de elaboración: 13/01/26

Yo Luis Eduardo Cortes Benitez identificado (o) con C.C 11335673 de Bogotá quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN							
Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	13/01/26	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO			
Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico			Observaciones
	Si	No	N/A	
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico			Observaciones
	Si	No	N/A	
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Luis Eduardo Cargo: Ayud. Obra Firma: Luis

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS	**CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL**	Código: Versión: 00 Fecha: Ene 26 Página 1 de 1

""CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE EL DIAGNOSTICO, MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO Y DOTACIÓN DE LOS PARQUES DE PROXIMIDAD, VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

FECHA: 13/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Eduardo Cortes Benitez

CARGO: Ayudante obra.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Luis Eduardo Cortes Benitez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1133573 de Bogota D.C, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

Si acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
LUIS.	13/04/2026

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.044.909.893**



Apellidos
JINETE CASSERES

Nombres
VICTOR JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
06 DIC 1999

G.S.
O+

Lugar de Nacimiento
ARJONA (BOLIVAR)

Fecha y Lugar de expedición
23 OCT 2018, ARJONA

Firma

Victor Jose Jinete Casseres

Fecha de exportación
06 AGO 2035

.CO

067339774

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL067339774805007<<<<<<<<<<<
9912061M3508068COL1044909893<5
JINETE<CASSERES<<VICTOR<JOSE<<

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Verificar examen: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General



No. ingreso	**59640**	**Fecha Impresión**	**8/04/2026**
Fecha Ingreso	**8/04/2026**	**Nombre**	**VICTOR JOSE JINETE CASSERES**
Documento	**CC 1044909893**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**AYUDANTE DE OBRA**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**6/12/1991**	**Edad**	**26**
Dirección	**KENNEDY**	**Teléfono**	**3232957349**
Estado Civil	**Unión libre**	**# Hijos**	
Empresa a Laborar	**CONSTRUCCIONES DFL SAS**	**Fecha de salida**	**8/04/2026**

Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL	ESPIROMETRIA	NORMAL
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Dr. Rodrigo Alejandro Méndez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
R.M. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: VICTOR JOSE JINETE CASSERES
TD:CC1044909893

Medellín, 13 de Abril 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 DFL SAS, en el centro de trabajo 0000000070 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1044909893	JINETE CASSERES VICTOR JOSE	09/04/2026		21779562	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802838072610338422

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/04/2026 10:40:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.153.53, 198.143.41.44, 172.16.42.57

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JINETE CASSERES VICTOR JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.044.909.893** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de agosto de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 13 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/04/2026, el empleador CONSTRUCCIONES DFL S.A.S. identificado con NIT número 900814668 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10216899	13/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1044909893	VICTORJOSE JINETE CASSERES	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-04-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 13 de Abril de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1044909893
Nombre	: VICTOR JOSE JINETE CASSERES
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES DFL SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900814668
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/04/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/04/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código fJe3NzCEH

Vigilado Supersubsidio

CONSORCIO OBRAS	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 ene-26 FRT-SG-SST 06

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Victor Jose Jinete Caseres
CEDULA: 1044909893
EMPRESA / CONTRATISTA: Construcciones OFL SAS
CARGO: Ayudante
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 13 Abril 2026
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): Oficina
NOMBRE: Oficina principal
DIRECCIÓN: Cra 73 # 48-88
TELÉFONOS: 648255

AFILIACIONES

ARL: Sura
EPS: Nueva EPS
PENSIONES: Protección
CAJA COMPENSACION:

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH:
NIVEL DE ESCOLARIDAD:
EDAD: 26

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Victor Jinete
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1044909893
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

Powered by CamScanner

	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Versión 1** **ene-26** **FRT-SG-SST 06**

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas, Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
***Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: □ Trabajo en alturas □ Trabajos en caliente □ Trabajos en espacios confinados.**
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura y espacios confinados debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Victor Jinete.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1044909893

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS	**EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

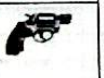
NOMBRE: Victor Jose Jinete Caseres FECHA: 13-04-26

CARGO: Ayudante CONTRATISTA: Construcciones DFL SAS

1. Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

				
X Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	X Señalizar el área de trabajo	X Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	X Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	✓ Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	X Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	X Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: ✓
No Alcohol
No Tabaco
No Drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

RTA: ✓
Cedula, licencia, Examenes medico y Afiliaciones Seguridad.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	✓ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Powered by CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 ene-26 FRT-SG-SST 05

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los afectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Ana Camelo	Fecha: 13/01/26	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [✓] NO [ ]

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS	**RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**	FRT-SG-SST 08 VERSIÓN: 01 Fecha: 01/2026 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025

Fecha de elaboración: 13-01-26

Yo Victor Jose Jinete Caseres identificado (o) con C.C 1011709893 de Bogota. quien desempeña el cargo de Ayudante. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	13-01-26	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Victor Jinete Cargo: Ayudante. Firma: Victor Jinete

Powered by CamScanner

	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: FRT-SG-SST 07 Versión: 00 Fecha: Ene 26 Página 1 de 1

""CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE EL DIAGNOSTICO, MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO Y DOTACIÓN DE LOS PARQUES DE PROXIMIDAD, VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

FECHA: 13-04-2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Victor Jose Jinete Caseres

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Victor Jose Jinete Caseres identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1044909893 de Bogota D.C, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

Si acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Victor Jinete.	13-04-2026

Powered by CamScanner

PERSONAL WHR
URBANISMOS SAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **74.020.353**

CETINA BAEZ
APELLIDOS

FABIO EMILIO
NOMBRES

Fabio Emilio Cetina Baez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1982**
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-MAY-2000 CHITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0707300-01000254-M-0074020353-20180426 **0060**933297A 1 9904146380

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000590804

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 19/01/2026 07:25:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☑

NOMBRE Y APELLIDO: FABIO EMILIO CETINA BAEZ **C.C** 74020353

EDAD 43 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOMETRÍA SEMESTRAL EPS / USO DE EPP TIPO COPA
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / HIGIENE POSTURAL / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



José Luis Rodriguez Baquero
Médico cirujano
Esp. Seguridad y salud en el Trabajo SST.
CC 79570561 RM 204096/1996
LIC. SO 14079- 30/11/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Medellín, 14 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 WHR URBANISMOS 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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C74020353	CETINA BAEZ FABIO EMILIO	15/01/2026		s197E219	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/01/2026 20:27:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.14, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/01/2026, el empleador WHR URBANISMO identificado con NIT número 900931521 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9789606	15/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74020353	FABIOEMILIO CETINA BAEZ	1750905	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2026-01-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

FABIO EMILIO CETINA BAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.020.353**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:48:59 PM horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **74020353**
Apellidos y Nombres: **CETINA BAEZ FABIO EMILIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONSORCIO OBRAS	**ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	*Versión 1* *ene-26* *FRT-SG-SST 06*

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Fabio Celino

CEDULA: 74020353

EMPRESA / CONTRATISTA: LL&R

CARGO: Oficial

FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 10-04-26

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): esposa

NOMBRE: Marisol Barrera

DIRECCIÓN: Calle 30 #34A-53

TELÉFONOS: 300 219 2035

AFILIACIONES

ARL: Sura

EPS: Nueva EPS

PENSIONES: Porvenir

CAJA COMPENSACION: Colsubsidio

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria

EDAD: 43

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR:

CEDULA DE CIUDADANÍA: 74020353

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

CONSORCIO OBRAS	**ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**Versión 1** **ene-26** **FRT-SG-SST 06**

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: □ Trabajo en alturas □ Trabajos en caliente □ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura y espacios confinados debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: An 74020353

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

CONSORCIO OBRAS	**EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**Version 1** **ene-26** **FRT-SG-SST 05**

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Fabio Emilio ecting FECHA: 10-04-26

CARGO: oficial CONTRATISTA: W H R.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo



Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: no consumir dichas sustancias en el trabajo

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

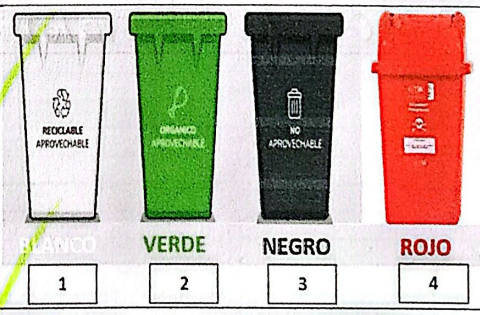
RTA: Cedula afiliaciones

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	⊗ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

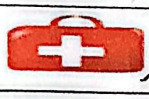
6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		2
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		3



CONSORCIO OBRAS	**EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	***Version 1*** ***ene-26*** ***FRT-SG-SST 05***

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

 X		 X		 X
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Ana Camelo	**Fecha:** 12/04/26	**Calificacion:** 8/8	**APROBADO:** SI ☑	NO ☐

CONSORCIO OBRAS	**RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**	FRT-SG-SST 08 VERSIÓN: 01 Fecha: 01/2026 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO OBRAS PARQUES TUNJUELITO 2025

Fecha de elaboración: 10-04-26

Yo Fabio Celina Ochoa identificado (o) con C.C 7402052 de Chita B quien desempeña el cargo de acepto haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	✓	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	✓	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico Si	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente		✓		
Control Optométrico periódico		✓		
Higiene postural y de columna	✓			
Estilo de vida saludable		✓		
Control por EPS por hiperlipidemia		✓		
Control por EPS por nutricionista		✓		
Control por EPS por Ortopedia		✓		
Dieta y ejercicio		✓		
Control Semestral		✓		
Valoración por medicina general		✓		
Alimentación Sana		✓		
Ejercicio frecuente		✓		
Dieta balanceada		✓		
Control Anual por EPS	✓			
Recomendación médica para el área de trabajo	**Diagnostico Si**	**No**	**N/A**	**Observaciones**
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	✓			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB	✓			
Pausas activas durante la jornada laboral	✓			
Ergonomía en el puesto de trabajo		✓		
Capacitación en higiene postural y manejo de columna		✓		
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo		✓		
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial		✓		
Debe laborar con gafas de corrección óptica		✓		
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico		✓		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual		✓		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo		✓		
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio		✓		
OTRAS RECOMENDACIONES				
Ninguna				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				
Ninguna.				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Fabio Celina Cargo: OF Firma:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.539.487
BAEZ GARCIA

APELLIDOS
STIVEN URIEL

NOMBRES
Steven Uriel BAEZ

FIRMA



Direccion : Transversal 40 #73 B 43 sur

Celular = 3214153342

Correo electronico = UrielBaez2404@Gmail.com



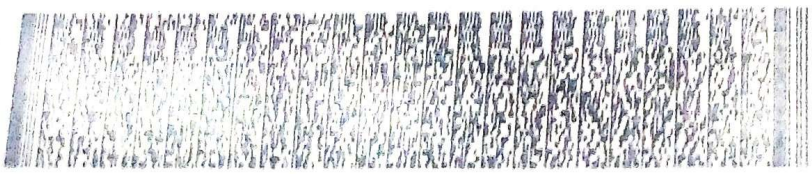
FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

29-ABR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00306234 M 1024539487 20110607 0027149662A 1 36567412

Scanned with ACE Scanner

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000590821

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 19/01/2026 08:03:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☑

NOMBRE Y APELLIDO: STIVEN URIEL BAEZ GARCIA **C.C** 1024539487

EDAD 32 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN / HIGIENE POSTURAL
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



José Luis Rodriguez Baquero
Médico cirujano
Esp. Seguridad y salud en el Trabajo SST.
CC 79570561 RM 204096/1996
LIC. SO 14079- 30/11/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA