KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL SST-MEVAL	

INFORME MENSUAL SST No.1

CONTRATO DE OBRA: PN MEVAL N°.12 – 6 – 10026 - 26

OBJETO: "LOTE 2: MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES ADSCRITAS AL DEPARTAMENTO DE POLICIA ANTIOQUIA, REGIONAL DE INCORPORACION No. 6 Y GIANT, ESTACIONES DE POLICIA CONCORDIA, TAMESIS, SAN RAFAEL, SANTO DOMINGO, TOLEDO, SUBESTACION DE POLICIA PUERTO VENUS Y A LAS DEMAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DE SU JURISDICCION, CON EJECUCION DE TRACTO SUCESIVO, APRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE".

PERIODO: 01 DE JUNIO 2026 –30 DE JUNIIO 2026

ELABORADO POR:

LUIS CARLOS PINTO DELGADO

LIC-SST RESOLUCION No.9766

MEDELLIN-ANTIOQUIA-COLOMBIA

JUNIO 2026

KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL SST-MEVAL	

TABLA DE CONTENIDO:

1. Descripción de la gestión SST realizada durante el periodo
2. Base de datos personal activo
3. Afiliaciones al sistema de seguridad social y/o planillas
4. Registro de las actividades de capacitación, formación y entrenamiento en SST
5. Registro de entrega y suministro de dotación, elementos y equipos de protección personal a los trabajadores asignados al proyecto
6. Caracterización de la accidentalidad y ausentismo
7. Reportes y las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales de acuerdo con la normatividad vigente y evidencie del cierre de los planes de acción
8. Registro fotográfico de la gestión SST
9. Adjunto Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL SST-MEVAL	

1. DESCRIPCION DE LA GESTIÓN SST REALIZADA DURANTE EL PERIODO

La seguridad y Salud en el Trabajo SST son tomadas como herramientas básicas e indispensables para mejorar las condiciones de trabajo, como la calidad de vida de todos los empleados de una organización. La SST permite desarrollar y promover la salud de los trabajadores, previniendo y controlando enfermedades ocupacionales y accidentes; de esta manera se elimina los factores de riesgo de la Salud y Seguridad en el Trabajo.
El diseño e implementación del proceso de salud y seguridad en el trabajo, permite incrementar la salud física, mental y social del trabajador; promoviendo y desarrollando la capacidad del colaborador, así como su desarrollo profesional y social de este.
Es por eso que para **KABOD SAS** es de suma importancia realizar actividades todos los meses, en pro de nuestros colaboradores.

1.1 Objetivo general

Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades productivas en **KABOD SAS**, a través de las actividades de promoción y protección de la salud y de la identificación de los peligros, evaluación y control de los riesgos ocupacionales, que contribuyan al bienestar físico, mental y social de los colaboradores, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

1.2 Objetivos específicos

Fortalecer la cultura de la Seguridad y Salud en el Trabajo promoviendo el compromiso y liderazgo de todos los trabajadores.
Cumplir con la normatividad legal vigente y demás reglamentaciones aplicables. Identificar, evaluar e intervenir en los diferentes factores de riesgos y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
Vigilar y monitorear el estado de salud de los trabajadores asociado con factores de riesgos ocupacionales.
Desarrollar actividades de promoción y prevención de enfermedades laborales y accidentes de trabajo, con el fin de disminuir el ausentismo laboral.

1.3 Actividades del SG-SST desarrollada durante el periodo

Durante el periodo se realizaron charlas al personal que ingreso a laborar en la obra, en esta se les informa las políticas **SST** de **KABOD SAS**, igualmente se les informa sobre los compromisos, derechos y deberes que tienen desde que ingresan a las instalaciones de la obra como son: Cumplimiento del Reglamento Interno, cumplimiento de la Política de prevención de Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y en general el cumplimiento de todos los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se realizaron charlas y capacitaciones a todo el personal operativo de obra, sobre los siguientes temas:

CHARLAS SST-INDUCCIONES-REINDUCCIONES

- Uso obligatorio de EPP en horario laboral
- El autocuidado
- Pausas activas
- Manejo de residuos solidos
- Calentamiento global
- Prevención de lesiones de columna
- Protección ocular

A. Actividades de Higiene, Medicina y de Seguridad ejecutadas en el período.

Se continúa con las medidas de higiene y seguridad durante la ejecución de la obra, con la finalidad de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de **KABOD SAS**. A continuación, se enuncian las actividades que se han ejecutado durante el periodo: Se realizó la entrega de EPP al personal que hacen parte del proyecto.

Se realizan recorridos frecuentes en toda la obra, para verificar las condiciones de seguridad de los mismos e igualmente identificar cualquier acto o condición insegura para tomar la correspondiente acción preventiva y/o correctiva.

2. BASE DE DATOS PERSONAL ACTIVO

Tabla 1. Base de datos personal activo.

KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL SST-MEVAL	

Contrato de mantenimiento No. 12-6-10026-26

No.	Instalación	Nombre y Apellido	No. De Cedula	Examenes de Ingreso	Afiliaciones pensión	Caja de Compensación	ARL	EPS	CURSO DE ALTURA	HOJAS DE VIDA
1	DEANT	WLIMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	1.102.856.897	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER	SERPROI	SI
2	DEANT	LUIS CARLOS PINTO DELGADO	91.440.301	SI	PROTECCION	COMFENALCO	SURA	NUEVA EPS		SI
3	DEANT	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	92.516.436	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	FAMILIAR		SI
4	DEANT	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	92.542.969	SI	COLPENSIONE	COMFASUCRE	SURA	NUEVA EPS		SI
5	DEANT	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	1.005.567.281	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	SALUD TOTAL	SERPROI	SI
6	DEANT	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	92.546.317	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	COOSALUD		SI
7	DEANT	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	1.102.831.299	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
8	PUERTO VENUS	JADER JOSE BLANCO DIAZ	1.128.055.865	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	EPS SANITAS	SERPROI	SI
9	PUERTO VENUS	LAUREANO ANTONIO GONZALEZ CHAMORRO	92.509.468	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
10	PUERTO VENUS	MANUEL ESTEBAN CARMONA ARIAS	92.524.296	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
11	PUERTO VENUS	TONY JOSE PADILLA ROMERO	1.100.695.392	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
12	TAMESIS	ALFREDO LUIS TOVAR PATERNINA	1.005.566.131	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	CAJACOPI		SI
13	TAMESIS	ERICK DANIEL BARRAGAN RODRIGUEZ	92.099.787	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER	SERPROI	SI
14	TAMESIS	JOSY ESTEBAN ACOSTA ORTEGA	1.005.418.692	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER	SERPROI	SI
15	TAMESIS	LUIS MANUEL MERCADO LEDESMA	1.100.542.817	SI	COLPENSIONE	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
16	CAUCASIA	JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO	1.100.684.098	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
17	CAUCASIA	OSWALDO MANUEL JULIO TOSCANO	1.101.449.219	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
18	CAUCASIA	RAUL JOSE PADILLA CAMPO	1.102.886.228	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	FAMILIAR		SI
19	CAUCASIA	TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY	1.100.552.025	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	NUEVA EPS		SI
20	CAUCACIA	YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHUIRE	118.465.123	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
21	SANTO DOMI NGO	GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS	1.100.395.452	SI	PORVENIR	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
22	SANTO DOMINGO	LUIS HERNANDO LOBO PEREZ	1.102.848.477	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	NUEVA EPS		SI
23	SANTO DOMINGO	JHOEESE LIT CANCHILA ACOSTA	1.102.820.741	SI	COLPENSIONE	COMFASUCRE	SURA	MUTUALSER		SI
24	SANTO DOMINGO	JESUS MANUEL VILORIA MERCADO	1.005.646.347	SI	PROTECCION	COMFASUCRE	SURA	FAMILIAR		SI

KABOD II
GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO PARAFISCALES

Yo JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ identificado con cedula de ciudadanía No. 1.102.872.298 de Sincelejo en calidad de representante legal, que la empresa GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS, identificada con NIT. 901796474-1, certifico que el personal que actualmente presta sus servicios a la empresa se encuentra debidamente afiliado al Sistema de Salud Social Integral, incluyendo salud, pensión y riesgos laborales, así como al día en los aportes parafiscales que corresponden.

Igualmente, certifico que, a la fecha de expedición del presente documento, la empresa se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales ante las entidades Promotoras de Salud (EPS), cajas de compensación familiar, el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio adicional de aprendizaje Sena.

Se deja constancia que los aportes correspondientes al mes de junio de 2026 serán cancelados dentro del los plazos establecidos por la normatividad vigente, durante los primeros días del mes de julio de 2026, de acuerdo con el calendario de pago aplicable.

En constancia se firma en la ciudad de Sincelejo a los doce (12) días del mes de junio de 2026.

JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
C.C. 1.102.872.298 DE SINCELEJO
REP LEGAL. GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS

3. AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y/O PLANILLAS

Todo el personal que hace parte del proyecto está afiliado al sistema de seguridad social

VER ANEXO 01

4. REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION, FORMACION Y ENTRENAMIENTO EN SST

Se realizan charlas y/o capacitaciones con el fin de concientizar al personal en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo y medio ambiente, promoción y prevención de la salud, entre otros temas. Para el periodo se trataron los temas relacionados en los registros de asistencia del personal.

Tabla 2. Registro de actividades de capacitación, formación y entrenamiento

FECHA	CHARLAS - CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO - CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA	TEMA Nombre de charlas	DURACIÓN (Minutos)	TOTAL, PARTICIPANTES
05/06/2026	Charla: SST	Uso obligatorio de EPP en horario laboral	10	12
10/06/2026	Charla: SST	El autocuidado	10	10
12/06/2026	Charla: SST	Pausas activas	10	9
16/06/2026	Charla: SST	Manejo de residuos solidos	10	5
18/06/2026	Charla: SST	Calentamiento global	10	6
22/06/2026	Charla: SST	Prevención de lesiones de columna	10	6
24/06/2026	Charla: SST	Protección Ocular	10	5

VER ANEXO 02

5. REGISTRO DE ENTREGA Y SUMINISTRO DE DOTACION, ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL A LOS TRABAJADORES ASIGNADOS AL PROYECTO

Se realiza entrega y reposición de Dotación, Elementos y Equipos de Protección Personal a los trabajadores que presentan desgaste por el uso y de acuerdo con el riesgo al que este expuesto el trabajador según la actividad que esté realizando.

Los elementos de protección personal son elementos esenciales para la minimización de los daños provocados a la salud según la exposición a un riesgo, el uso correcto de los equipos, almacenamiento, cuidado y limpieza se divulga mediante la inducción que se realiza en el momento de la entrega del mismo al trabajador para desarrollar las diferentes actividades que se derivan de la construcción.

Los elementos de protección personal (EPP) son equipos de seguridad, de uso individual, que tienen como finalidad proteger al trabajador de los peligros propios o derivados de la labor que se ejecuta. Su función no es eliminar el peligro, sino minimizar la exposición a éste en conjunto con la aplicación de controles y medidas de intervención propuestas en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.

VER ANEXO 03

6. CARACTERIZACION DE LA ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO

Durante el periodo no se presentaron accidentes de trabajo.

Tabla 3. Caracterización de accidentalidad y ausentismo.

CONTROL DE AUSENTISMO POR ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)																
APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DÍAS	DIAGNÓSTICO	FACTOR DE RIESGO										
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N/A																		

FACTOR DE RIESGO					
1	DEL AMBIENTE DE TRABAJO MICROCLIMA	6	RIESGO ERGONÓMICO – BIOMECÁNICO	11	RIESGO PUBLICO
2	CONTAMINANTE DEL AMBIENTE: TIPO FÍSICO (NO MECÁNICO)	7	RIESGO MECÁNICO	12	RIESGO NATURAL

CONTROL DE AUSENTISMO POR ENFERMEDAD GENERAL (EG)					
APELLIDOS Y NOMBRES	**CARGO**	**FECHA INICIAL**	**FECHA FINAL**	**DÍAS**	**DIAGNÓSTICO**

7. REPORTES Y LAS INVESTIGACIONES DE LOS INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y EVIDENCIAS DEL CIERRE DE LOS PLANES DE ACCION.

Durante el periodo no se presentaron incidentes y/o accidentes de Trabajo,

8. REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA GESTION SST

El desarrollo articulado de estos elementos permitirá cumplir con los propósitos del SG-SST garantizando así el control de los peligros y riesgos asociados con su actividad.
Durante este período se coordinaron diferentes actividades para la ejecución del mantenimiento y construcción en las instalaciones, dando cumplimiento a los requerimientos ambientales y de SST relacionados; a continuación, se adjuntan registro fotográfico de las actividades realizadas.

KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL SST-MEVAL	

REGISTRO FOTOGRAFICO (SST)



CHARLAS SST



CHARLAS SST



USO DE EPP EN OBRA



USO DE EPP EN OBRA



TRABAJOS EN CALIENTE



TRABAJOS EN CALIENTE

KABOD S.A.S	INFORME MENSUAL HSEQ-MEVAL	

REGISTRO FOTOGRAFICO (SST)



MANTENIMIENTO CANCHA SINTETICA



MANTENIMIENTO CANCHA SINTETICA



PAUSAS ACTIVAS



PAUSAS ACTIVAS



INSPECCION DE HTAS CIVILES



INSPECCION DE HTAS CIVILES

9. ADJUNTO LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT 892 000 115-3

RESOLUCIÓN No. 9766 de 2025
(28 de febrero de 2025)

"Por la cual se renueva una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural"

EL SECRETARIO DE SALUD
En ejercicio sus facultades legales conferidas en el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012, las Resoluciones 754 del 31 de mayo de 2021 y la 1151 del 01 de julio de 2022 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO:

La Secretaría de Salud del Meta, mediante el Aplicativo Web Licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizo la verificación de los documentos contemplado en el artículo 7 de la Resolución No. 754 de 2021 y el anexo técnico No. 1 modificado por la Resolución No. 1151 de 2022, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, del radicado No. 05001019736301, conforme solicitud de fecha 30 de enero de 2025.

Que mediante la Resolución No. 2711 del 06 de febrero de 2015, la Secretaría de Salud del Meta, otorgó Licencia para ofertar Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo **LUIS CARLOS PINTO DELGADO** con cédula de ciudadanía número 91440301.

El (la) señor (a) **LUIS CARLOS PINTO DELGADO** con cédula de ciudadanía número 91440301, **INGENIERO AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO** y **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la Fundación Universitaria del Área Andina de fecha del 5 de diciembre de 2014, presentó solicitud para la renovación de la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En el artículo 5 de la Resolución No. 754 de 2021, establece que las licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo tienen una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando se cumplan los requisitos estipulados.

Revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos, se considera procedente la renovación de la licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, este Despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: **RENOVAR** la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo expedida por esta Secretaría de Salud mediante Resolución No. 2711 del 06 de febrero de 2015, a **LUIS CARLOS PINTO DELGADO** con cédula de ciudadanía número 91440301, **INGENIERO AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO** y **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la Fundación Universitaria del Área Andina de fecha del 5 de diciembre de 2014.

DEPARTAMENTO DEL META

NIT 892000 [illegible]

RESOLUCIÓN No. 9766 de 2025
(28 de febrero de 2025)

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción: 1) Higiene industrial, cuando lo acredite en su formación de postgrado. 2) Seguridad industrial, cuando lo acredite en su formación de postgrado 3) Investigación en área técnica 4) Investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral de acuerdo con su comptencia según formación academica 5) Educación 6) Capacitación 7) Diseño Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO TERCERO: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, a través del aplicativo web.

ARTÍCULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaría de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTÍCULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 754 de 2021 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá interponerse ante esta Secretaría de Salud del Meta, dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de este acto administrativo.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su notificación y surte efectos a partir de su ejecutaría.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE
(28 de febrero de 2025)

JORGE OVIDIO CRUZ ÁLVAREZ
Secretario de Salud del Meta

Elaboró: Marbely Nuta Pacheco	**Revisó:** Dayhana Diez Santiago	**Revisó:**
Cargo/CPS: Profesional Universitario	**Cargo/CPS:** Profesional Especializado	**Cargo/CPS:**

ANEXOS

LISTADO DE ANEXOS

1. Afiliaciones a la seguridad social
2. Registro de charlas, capacitaciones, Inducciones
3. Registro de entrega y suministro de dotación, elementos y equipos de protección personal a los trabajadores asignados al proyecto.
4. Inspección de herramientas civiles.

ELABORADO POR:



LUIS CARLOS PINTO DELGADO
PROFESIONAL SST
LICENCIA SST No. 9766 de 2025
KABOD S.A.S

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ACOSTA	**ORTEGA**	**JOSY ESTEBAN**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.005.418.692

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 02 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 33 #18 - 4

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2020

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SERPROI
COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220100000043015 del 26 de julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO24.00440 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

JOSY ESTEBAN ACOSTA ORTEGA

CC: 1.005.418.692

Realizó el curso de:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intensidad de (32) horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, del 28 de mayo al 31 de mayo de 2026
Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 31 de mayo de 2026

Código de validación: SC068787

LUIS EDUARDO RAMIREZ VANEGAS
Resolucion No. 25-00928/2023
Entrenador TSA. 37544612

GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S
901796474
JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACOSTA ORTEGA JOSY ESTEBAN	Masculino	25 Años	CC (Tipo)	1005418692 (Número)

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Josi

Firma:
Nombre: ACOSTA ORTEGA JOSY ESTEBAN
CC 1005418692

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005418692	ACOSTA ORTEGA JOSY ESTEBAN	01/06/2026		326T2024	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 12:15:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JOSY ESTEBAN ACOSTA ORTEGA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1005418692** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

JOSY ESTEBAN ACOSTA ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.418.692**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **YOSY ESTEBAN ACOSTA ORTEGA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.005.418.692** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARCADO	**LEDESMA**	**LUIS MANUEL**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.100.542.817 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 01 MES 07 AÑO 2004

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Dg 13 #11 - 32

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2023

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1 1 MES 0 6 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA (Ciudad)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MERCADO LEDESMA LUIS MANUEL	Masculino	21 Años	CC (Tipo)	1100542817 (Número)

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: luis manuel Mercado
Nombre: MERCADO LEDESMA LUIS MANUEL
CC 1100542817

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1100542817	MERCADO LEDESMA LUIS MANUEL	01/06/2026		248Z²2j1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 12:17:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **LUIS MANUEL MERCADO LEDESMA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100542817** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS MANUEL MERCADO LEDESMA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1100542817,** se encuentra afiliado/a desde **21/08/2025** 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 12 de junio 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

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **LUIS MANUEL MERCADO LEDESMA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.100.542.817** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TOVAR	**PATERNINA**	**ALFREDO LUIS**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.005.566.131 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 31 MES 01 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 16 a #34 - 65

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2018

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.*	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *SUCRE*	*MUNICIPIO* *SUCRE*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *grupoejecutivokabod2@gmail.com*
TELÉFONOS *3105554876*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 12 MES 02 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *OBRERO*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TOVAR PATERNINA ALFREDO LUIS	Masculino	26 Años	CC (Tipo)	1005566131 (Número)

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Alfredo Tovar
Nombre: TOVAR PATERNINA ALFREDO LUIS
CC 1005566131

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005566131	TOVAR PATERNINA ALFREDO LUIS	01/06/2026		219b5942	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 31/05/2026 12:09:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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:

ALFREDO LUIS TOVAR PATERNINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.566.131**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **ALFREDO LUIS TOVAR PATERNINA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.005.566.131** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BARRAGAN	RODRIGUEZ	ERICK DANIEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.099.787

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 31 MES 10 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 9 #13 - 140

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2007

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.*	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *SUCRE*	*MUNICIPIO* *SINCELEJO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *grupoejecutivokabod2@gmail.com*
TELÉFONOS *3105554876*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 0 MES 1 1 AÑO 2 0 2 2		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *OBRERO*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SERPROI
COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220100000043015 del 26 de julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO24.00440 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

ERIK DANIEL BARRAGAN RODRIGUEZ

CC: 92.099.787

Realizó el curso de:

REENTRENAMIENTO DE TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad de (8) horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026
Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026

Código de validación: SC068788

MARLENY ARIAS CONTRERAS
Resolucion No. 25-2657/2026
Entrenador TSA. 37544877

GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S
901796474
JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92099787	BARRAGAN RODRIGUEZ ERIK DANIEL	01/06/2026		235u95i2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 12:06:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ERICK DANIEL BARRAGAN RODRIGUEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **92099787** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRAGAN RODRIGUEZ ERIK DANIEL** identificado(a) con **CC** número **92.099.787** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de noviembre de 2007 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 02 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **ERICK DANIEL BARRAGAN RODRIGUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.099.787** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
JUNIELES	**RAMOS**	**GUSTAVO JAVIER**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.100.395.452

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 22 MES 12 AÑO 1986

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SUCRE

MUNICIPIO: GALERAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 9 #13 - 140

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: SUCRE

MUNICIPIO: GALERAS

TELÉFONO: _____ EMAIL: .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2009

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 0 MES 1 1 AÑO 2 0 2 2		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JUNIELES RAMOS GUSTAVO JAVIER	Masculino	39 Años	CC Tipo	1100395452 Número

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Gustavo Julieles Ramos
Nombre: JUNIELES RAMOS GUSTAVO JAVIER
CC 1100395452

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1100395452	JUNIELES RAMOS GUSTAVO JAVIER	01/06/2026		u23864oz	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 31/05/2026 12:29:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100395452** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.395.452**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.100.395.452** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VILORIA	**MERCADO**	**JESUS MANUEL**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.005.646.347

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 31 MES 08 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SAN JUAN DE BETULIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 8 # 6 - 42

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SAN JUAN DE BETULIA

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2019
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.*	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *SUCRE*	***MUNICIPIO*** *SINCELEJO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *grupoejecutivokabod2@gmail.com*
TELÉFONOS *3105554876*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0 1 MES 0 4 AÑO 2 0 2 4		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *OBRERO*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co

IPS DE SALUD OCUPACIONAL



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VILORIA MERCADO JESUS MANUEL	Masculino	24 Años	CC Tipo	1005646347 Número

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Jesus Manuel Viloria

Firma:
Nombre: VILORIA MERCADO JESUS MANUEL
CC 1005646347

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005646347	VILORIA MERCADO JESUS MANUEL	01/06/2026		24559a16	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 31/05/2026 12:25:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA

Que el usuario identificado(a) con Cédula de Ciudadania – 1005646347, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Subsidiado de nuestra entidad se encuentra en estado Activo.

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los 1 días del junio de 2026, a solicitud del interesado.

Atentamente,

Líder de Aseguramiento
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S
(Usuario:pagina web - Ubicación:Oficina Nacional - Barranquilla - Atlantico)

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILORIA MERCADO JESUS MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.005.646.347** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2023 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 02 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **JESUS MANUEL VILORIA MERCADO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.005.646.347** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre - **COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CANCHILA	**ACOSTA**	**JHOEESE LIT**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.102.820.741

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 09 AÑO 2006

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 9C #22B - 35

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2025

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.*	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *SUCRE*	*MUNICIPIO* *SINCELEJO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *grupoejecutivokabod2@gmail.com*
TELÉFONOS *3105554876*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 0 MES 1 1 AÑO 2 0 2 2		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *OBRERO*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CANCHILA ACOSTA JHOEESE LIT	Masculino	19 Años	Tipo: CC	Número: 1102820741

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Jhoeese Lit Canchilla
Nombre: CANCHILA ACOSTA JHOEESE LIT
CC 1102820741

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102820741	CANCHILA ACOSTA JHOEESE LIT	01/06/2026		20112514	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 12:30:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JHOEESE LIT CANCHILA ACOSTA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1102820741** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHOEESE LIT CANCHILA ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1102820741,** se encuentra afiliado/a desde **21/08/2025** 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 12 de junio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **JHOEESE LIT CANCHILA ACOSTA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.102.820.741** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LOBO	**PEREZ**	**LUIS HERNANDO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.102.848.477

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 07 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 9C #22A - 10

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2015
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.*	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *SUCRE*	*MUNICIPIO* *SINCELEJO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *grupoejecutivokabod2@gmail.com*
TELÉFONOS *3105554876*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0 3 MES 0 6 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *OBRERO*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LOBO PEREZ LUIS HERNANDO	Masculino	33 Años	CC (Tipo)	1102848477 (Número)

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Luis lobo Perez

Firma:
Nombre: LOBO PEREZ LUIS HERNANDO
CC 1102848477

ARL | sura

Medellín, 12 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1102848477	LOBO PEREZ LUIS HERNANDO	13/06/2026		321812I2	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 12/06/2026 09:09:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LUIS HERNANDO LOBO PEREZ identificado(a) con CC 1102848477 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 21/04/2020

Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**I.P.S. SALUD A TU LADO S.A.S - SERVICIOS I NIVEL**
Categoría:	**SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes 6 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOBO PEREZ LUIS HERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.102.848.477** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de julio de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 12 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **LUIS HERNANDO LOBO PEREZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.102.848.477** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PADILLA	**ROMERO**	**TONY JOSE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.100.695.392

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 27 MES 05 AÑO 1998

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO SOLEDAD

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 18 #15 - 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SAMPUES

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2020

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0 3 MES 0 3 AÑO 2 0 2 5		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 1100695392-13289

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1100695392
Paciente:	TONY JOSE PADILLA ROMERO	**Teléfono**	**Móvil:** 3233758241
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	27/05/1998	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	padillaromerotonyjose46@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Tony J

Firma y cédula del Paciente
TONY JOSE PADILLA ROMERO
1100695392

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1100695392	PADILLA ROMERO TONY JOSE	01/06/2026		14623625	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 11:56:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **TONY JOSE PADILLA ROMERO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100695392** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

TONY JOSE PADILLA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.695.392**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **TONY JOSE PADILLA ROMERO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.100.695.392** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CARMONA	**ARIAS**	**MANUEL ESTEBAN**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.524.296

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 24 MES 01 AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 9 #24 - 36

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2005

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 22 MES 06 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**14**	**9**
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**14**	**9**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3219644714
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA (Ciudad)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS NIT 901796474-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARMONA ARIAS MANUEL ESTEBAN	Masculino	51 Años	CC (Tipo)	92524296 (Número)

Cargo **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - LIC. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022 CC

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: CARMONA ARIAS MANUEL ESTEBAN
92524296

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C92524296	CARMONA ARIAS MANUEL ESTEBAN	01/06/2026		24827X17	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 31/05/2026 12:02:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MANUEL ESTEBAN CARMONA ARIAS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **92524296** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION IPS MEDISALUD**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARMONA ARIAS MANUEL ESTEBAN** identificado(a) con **CC** número **92.524.296** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2016 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 02 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **MANUEL ESTEBAN CARMONA ARIAS** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.524.296** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GONZALEZ	**CHAMORRO**	**LAUREANO ANTONIO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.509.468 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 01 AÑO 1967

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 10 #3 - 57

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2000

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 20 MES 09 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**15**	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**15**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 92509468-13292

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	92509468
Paciente:	LAUREANO ANTONIO GONZALEZ CHAMORRO	**Teléfono**	**Móvil:** 3012941242
Género	MASCULINO **Edad:** 59	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	6/01/1967	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. TAMIZAJE DE PROSTATA POR EPS.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Firma y cédula del Paciente
LAUREANO ANTONIO GONZALEZ CHAMORRO
92509468

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92509468	GONZALEZ CHAMORRO LAUREANO ANTONIO	01/06/2026		25522917	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 12:00:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **LAUREANO ANTONIO GONZALEZ CHAMORRO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **92509468** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ CHAMORRO LAUREANO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **92.509.468** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 1998 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 02 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **LAUREANO GONZALEZ CHAMORRO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.509.468** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BLANCO	**DIAZ**	**JADER JOSE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.128.055.865

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 09 MES 11 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 30 #52 - 32

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2010

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 09 MES 04 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**10**	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**10**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SERPROI
COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220100000043015 del 26 de julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO24.00440 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

JADER JOSE BLANCO DIAZ

CC: 1.128.055.865

Realizó el curso de:

REENTRENAMIENTO DE TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad de (8) horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026
Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026

Código de validación: SC068791

MARLENY ARIAS CONTRERAS
Resolucion No. 25-2657/2026
Entrenador TSA. 37544877

GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S
901796474
JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LGM ®
IPS GESTIÓN EMPRESARIAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 1128055865-13290

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1128055865
Paciente:	JADER JOSE BLANCO DIAZ	**Teléfono**	**Móvil:** 3006772953
Género	MASCULINO **Edad:** 39	**EPS:**	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	9/11/1986	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. CAPACITACION CESACION DE TABACO.,
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Informacion de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Jaderblanco

Firma y cédula del Paciente
JADER JOSE BLANCO DIAZ
1128055865

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC. 1128055025
NOMBRES Y APELLIDOS	Blanco Diaz, Jader Jose
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/06/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vicuña Leal,Luis David, a los 10 días del mes de junio del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1128055865	BLANCO DIAZ JADER JOSE	01/06/2026		20713317	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 11:54:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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:

JADER JOSE BLANCO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.055.865**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **JADER JOSE BLANCO DIAZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.128.055.865** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ANGULO	**ALMANZA**	**WILMWE WNRIQUE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.102.856.897

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 10 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 30 #136 - 34

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2018

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 10 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SERPROI
COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220100000043015 del 26 de julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO24.00440 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA

CC: 1.102.856.897

Realizó el curso de:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intensidad de (32) horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, del 28 de mayo al 31 de mayo de 2026
Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 31 de mayo de 2026

Código de validación: SC068789

LUIS EDUARDO RAMIREZ VANEGAS
Resolucion No. 25-00928/2023
Entrenador TSA. 37544612

GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S
901796474
JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 1102856897-13291

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1102856897
Paciente:	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	**Teléfono**	**Móvil:** 3107131524
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	30/10/1990	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promocion

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

wilmer angu

Firma y cédula del Paciente
WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA
1102856897

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102856897	ANGULO ALMANZA WILMER ENRIQUE	01/06/2026		13419647	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 31/05/2026 11:45:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **WILMER ANGULO ALMANZA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1102856897** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MEDISINU IPS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANGULO ALMANZA WILMER ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **1.102.856.897** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de diciembre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 02 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.102.856.897** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BENITEZ	**OVIEDO**	**RAFAEL ANDRES**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.102.831.299

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 02 MES 11 AÑO 2006

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Dg 13 #11 - 32

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO GALERAS

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2024

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 07 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LGM ®
IPS GESTIÓN EMPRESARIAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 1102831299-13286

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1102831299
Paciente:	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	**Teléfono**	**Móvil:** 3107131524
Género	MASCULINO **Edad:** 19	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	2/11/2006	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	rafaelandresbenitez72@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Rafael

Firma y cédula del Paciente
RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO
1102831299

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102831299	BENITEZ OVIEDO RAFAEL ANDRES	01/06/2026		T1661761	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 31/05/2026 11:44:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1102831299** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**VIVA 1A IPS SA**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.102.831.299, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.102.831.299** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HERNANDEZ	**BELTRAN**	**NADIN JOSE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.546.317

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 06 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO COLOSO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 6 #16 - 4

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO COLOSO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2008

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0 1 MES 1 1 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	11	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LGM ®
IPS GESTIÓN EMPRESARIAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 92546317-13288

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	92546317
Paciente:	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	**Teléfono**	**Móvil:** 3235736644
Género	MASCULINO **Edad:** 47	**EPS:**	COOSALUD
Fecha Nacimiento:	15/06/1978	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Nadin

Firma y cédula del Paciente
NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN
92546317

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92546317	HERNANDEZ BELTRAN NADIN JOSE	01/06/2026		26132331	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 31/05/2026 11:47:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 92546317
Nombres:	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia
Fecha de afiliación:	2019-04-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Subsidiado
Nivel Sisben:	N
Departamento - Municipio:	SUCRE SINCELEJO
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	E.S.E UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2026-06-12 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-07-12

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

porvenir
sólo hay uno

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:

NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía 92.546.317, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.546.317** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ANGULO	**ALMANZA**	**MARLON YESID**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.005.567.281

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 01 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 24 #56 - 12

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2020

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 03 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**10**	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**10**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

SERPROI
COLOMBIA

SERPROI SERVICIOS PROFESIONALES DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Ministerio de Trabajo Nº 08SE2021220100000043015 del 26 de julio de 2021
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO24.00440 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución N° 7122 de Secretaria de Salud del Meta del 26 de Enero del 2021
Resolución N°1500-67.10/2647 de Secretaria de Educación del 28 de Noviembre del 2022

En cumplimiento con la resolución 4272 del 2021 y demás normas complementarias

CERTIFICA QUE:

MARLON YESID ANGULO ALMANZA

CC: 1.005.567.281

Realizó el curso de:

REENTRENAMIENTO DE TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad de (8) horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026
Se Expide el certificado en la ciudad de Villavicencio, el 30 de mayo de 2026

Código de validación: SC068790

MARLENY ARIAS CONTRERAS
Resolucion No. 25-2657/2026
Entrenador TSA. 37544877

GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S
901796474
JEAN CARLOS ROMERO GONZALEZ
Representante Legal
ARL: SURA

ANDERSON HERRERA DIAZ
Representante Legal
Entrenador TSA Reg. 37544429

Para verificar la autenticidad de este documento dirijase a la pagina www.serproicolombia.com
Mz 18 Cs 8 Urb. Valles El Verge, Villavicencio - Meta

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LGM ®
IPS GESTIÓN EMPRESARIAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 1005567281-13285

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1005567281
Paciente:	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	**Teléfono**	**Móvil:** 3046536605
Género	MASCULINO **Edad:** 38	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Fecha Nacimiento:	30/01/1988	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promocion

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

marlon

Firma y cédula del Paciente
MARLON YESID ANGULO ALMANZA
1005567281

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005567281	ANGULO ALMANZA MARLON YESID	01/06/2026		23245TL1	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 31/05/2026 11:48:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

SINCELEJO, Junio 12 de 2026

Señor:

CC. 1005567281

CL 32 28 56 VENECIA - 0Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
ANGULO ALMANZA MARLON YESID	1005567281	C	Ene-6-2021	212	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

porvenir
sólo hay uno

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:

MARLON ANGULO ALMANZA , identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.005.567.281, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **MARLON ANGULO ALMANZA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.005.567.281** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio



HOJA DE VIDA
LUIS CARLOS PINTO DELGADO
INGENIERO AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO
MATRICULA PROFESIONAL No. 68834139511STD
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA S.O RESOLUCION NUMERO No. 2711 (06 DE FEBERERO DE 2015)
RENOVACION DE LA LICENCIA S.O RESOLUCION No. 9766 DE 2025 (28 DE FEBRERO DE 2025)

HOJA DE VIDA
LUIS CARLOS PINTO DELGADO
INGENIERO AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MATRICULA PROFESIONAL No. 68834139511STD

PERFIL PROFESIONAL

Ingeniero ambiental y de saneamiento con capacidad de realizar evaluaciones de impacto ambiental en áreas contaminadas, determinar los agentes contaminantes cualitativamente y cuantitativamente y desarrollar estrategias para minimizar estos impactos. Está en capacidad de caracterizar y preservar los recursos aire, agua, suelo, y además capacitado para desarrollar auditorías ambientales.

PERFIL OCUPACIONAL

Estoy habilitado para laborar en institutos, entidades y organismos estatales y/o privados que gestionen, desarrollen y ejecuten proyectos y programas relacionados con el medio ambiente y el saneamiento básico. De igual forma que podré prestar asesoría y consultoría en materia de elaboración de estudios de impacto ambiental, auditorias en sistemas de gestión ambiental, planes de manejo ambiental, **Coordinador, interventor e inspector en H.S.E.Q en empresas y montajes industriales,** desarrollar actividades de docencia en institutos técnicos, tecnológicos y universidades, así como el laborar con proceso s productivos y tecnologías limpias.

RESUMEN FUNCIONAL

Desempeño como Coordinador en higiene, seguridad Industrial, Medio Ambiente y Salud Ocupacional en montajes industriales petroquímicos y paradas de plantas petroquímicas.

Supervisor e Inspector en Higiene Seguridad Industrial en Montajes de plantas petroquímicas y reparación de Tanques.

Conferencista sobre temas de educación ambiental con extensión a la comunidad.

Tallerista en programas de prevención y atención de desastres.

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ (UNIPAZ), Barrancabermeja, 15/Diciembre/2006. Ingeniería Ambiental y Saneamiento.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo. Diciembre/05/2014.

OTROS ESTUDIOS

Certificado de competencia laboral en la Norma Emplear condiciones de salud y seguridad en los ambientes de trabajo otorgado por El servicio Nacional de Aprendizaje SENA ,27 de noviembre 2009.

Curso de Coordinador de trabajo Seguro en Alturas Petro Alturas Agosto/02/2014

Actualización de Coordinador de trabajo Seguro en Alturas DEMA ALTURAS S.A.S Febrero/23/2023

Reentrenamiento Trabajo seguro en Alturas ACTTURA marzo 29/2025

Diplomado en Seguridad, Salud, Ambiente y Calidad (HSEQ). INSTIPETROL. Agosto/11/2014

Certificados de capacitación y Entrenamiento para Trabajos en Espacios confinados ACTTURA:

- Curso para **TRABAJADOR ENTRANTE**: abril /01/ 2025
- Curso para **VIGIA**: abril /02 /2025
- Curso para **SUPERVISOR**: abril/04/2025

Curso 50 horas del Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Septiembre/2017.

Actualización **Curso de 20 horas del SGSST** por ARL-SURA 15 de febrero de 2025

Renovación de la **Licencia S.O** para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo: febrero/28/2025

Diplomado en **RETIE** RESOLUCION 40117 DEL 2 DE ABRIL DE 2024 (marzo/30/2025)

Productos de iluminación con énfasis en **RETILAP** (marzo/30/2025)

Curso para **ARMADO DE ANDAMIOS**: julio/28/2025

EXPERIENCIA LABORAL

PROMICUA LTDA
Cargo Desempeñado: Inspector de Seguridad Industrial, en Trabajos de campo, biorecuperacion de terreno contaminado con aceites dieléctricos e hidrocarburos en la subestación sur Termo barranca Electrificadora S.A ESP.

Periodo: 15 de Julio de 2006 – 15 de diciembre de 2006.

CONSORCIO INTERDEICON.
Cargo Desempeñado: Inspector de HSE en el Proyecto "CONSULTORIA PARA LA INTERVENTORIA TECNICO-ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS DE MANTENIMIENTO DE LA GERENCIA COMPLEJO BARRANCABERMEJA DE ECOPETROL S.A."

Periodo: 02 de Junio de 2007 – 03 Diciembre de 2007

CONSTRUCCIONES Y TERMINADOS LTDA.
Cargo Desempeñado: Inspector de HSE para la ejecución de los trabajos de adecuación del Cárcamo a los nuevos requerimientos en la casa bombas No. 8 de la Gerencia Complejo Barrancabermeja.

Periodo: 06 de diciembre de 2007 – 17 de febrero de 2008.

CONSTRUCCIONES Y TERMINADOS LTDA.
Cargo Desempeñado: Residente de Obra e Inspector HSE para la ejecución de los trabajos de construcción de los diques, cunetas y mejoramiento de suelo interno del área de tanques de almacenamiento de crudo de la Estación LCI- 06 A, Campo la Cira Infantas.

Período: 03 de septiembre de 2008 – 30 de diciembre de 2008.

FUNDEUIS
Cargo desempeñado: Inspector HSE en los estudios de suelos elaborados: CASABE, EL CENTRO Y PTO WILCHES para ECOPETROL S.A

Periodo: 04-may-2009 al 25-jul-2009

CONSORCIO OGS
Cargo desempeñado: Supervisor HSE EN EL SERVICIO DE ADMINISTRACION, SUPERVISION, SEGURIDAD INDUSTRIAL, Y FISICO Y CONTROL DE ACCESO A LAS INSTALACIONES INDUSTRIALES QUE COMPRENDEN LOS LLENADEROS DE VENTA PRINCIPAL Y AROMATICOS, UBICADOS DENTRO DE LA GERENCIA REFINERIA DE BARRANCABERMEJA (GRB).

Periodo: 30-jul-2009 al 30-may-2011

MONTAJES MORELCO S.A
Cargo desempeñado: Asesor HSE en el proyecto "CONSTRUCCCION Y MONTAJE DE LA ESTACION DE RECOLECCION Y TRATAMIENTO EF-V CASABE, UBICADA EN EL MUNICIPIO DE YONDO (ANTIOQUIA), DE LA SUPERINTENDENCIA DE OPERACIONES DEL RIO DE LA GERENCIA REGIONAL MAGDALENA MEDIO DE ECOPETROL S.A" del contrato No. 5210791 con Ecopetrol S.A

Periodo: 05-oct-2011 al 31-mar-2012

MONTAJES MORELCO S.A
Cargo desempeñado: Asesor HSE en el proyecto "ADICIONAL No.2 DEL CONTRATO No. 5210791, FACILIDADES TEMPRANAS CIVILES, ELECTRICAS Y MECANICAS PARA LA PLANTA DE INYECCION DE CASABE SUR, UBICADA EN EL MUNICIPIO DE YONDO (ANTIOQUIA), DE LA SUPERINTENDENCIA DE OPERACIONES DEL RIO DE LA GERENCIA REGIONAL MAGDALENA MEDIO DE ECOPETROL S.A" DEL CONTRATO No. 5210791 con Ecopetrol S.A

Periodo: 01-abr-2012 al 15-jun-2012

MONTAJES Y CONSTRUCCIONES FERMAR LTDA
Cargo desempeñado: Coordinador HSE en el proyecto "CAMBIO DE RECUBRIMIENTO EN TRAMOS DE TUBERIA DE LOS POLIDUCTOS: GALAN-SEBASTOPOL 8", 12" Y 16" PERTENECIENTES AL DEPARTAMENTO DE O&M NORTE, DE LA VICEPRESIDENCIA DE TRANSPORTE Y LOGISTICA DE ECOPETROL S.A"

Periodo: 21-ago-2012 al 23-ene-2013

CONSORCIO ACCIONA-OTACC
Cargo desempeñado: Asesor HSE en el proyecto "SUMINISTRO MONTAJE Y CONSTRUCCION TANQUE ATK-7402F PARA LA ESTACION CHICHIMENE, DE LA SUPERITENDENCIA CASTILLA-CHICHIMENE-SCC" "CONTRATO MARCO PARA MONTAJE Y CONSTRUCCION DE FACILIDADES DE SUPERFICIE PARA PROYECTOS DE PRODUCCION Y EXPLORACION EN LA GEC Y CAMPOS ASOCIADOS DE LA GERENCIA"

Periodo: 06-junio-2013 al 23-dic-2015

TABIQUE INGENIERIA:
Cargo desempeñado: Profesional HSEQ en el proyecto "CONTRATO MARCO DE OBRA NO. 1380-39-2016, QUE TIENE POR OBJETO LOS "DISEÑOS, INTEGRAL TÉCNICOS Y OBRA QUE EJECUTE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA REQUERIDOS POR EL FONDO DE FINANCIAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA - FFIE, EN DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA - GRUPO 1"

Periodo: 26-diciembre-2017 al 11-mayo-2019

CONSORCIO MOTA-ENGIL:
Cargo desempeñado: Profesional HSEQ en el proyecto "CONTRATO MARCO DE OBRA NO. 1380-39-2016, QUE TIENE POR OBJETO LOS "DISEÑOS, INTEGRAL TÉCNICOS Y OBRA QUE EJECUTE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA REQUERIDOS POR EL FONDO DE FINANCIAMIENTO DE LA

INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA - FFIE, EN DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA - GRUPO 1"

Periodo: 09-julio-2019 al 06-septiembre-2019

MAG INGENIEROS SAS:
Cargo desempeñado: Profesional HSE en el proyecto OT 02 PLANTA VASCONIA TANQUES 703 Y 704 - OBRAS DE MANTENIMIENTO PARA EL ASEGURAMIENTO DE INTEGRIDAD DE TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE OLEODUCTOS DE COLOMBIA S.A.

Periodo: 08-julio de 2020 al 07-agosto-2020

CONSORCIO HABOCIC:
Cargo desempeñado: Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo SST de Interventoría en el proyecto cuyo objeto del contrato N° 3302-138 de 2020 INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, LEGAL Y AMBIENTAL PARA LA CONSTRUCCION JARDIN INFANTIL LORETO.

Periodo: 25-noviembre de 2020 al 31-mayo-2022

CONSORCIO MEDELLIN 2022:
Cargo desempeñado: Residente SST de Interventoría en el proyecto cuyo objeto del contrato N° 4600094413 de 2022 INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL Y LEGAL AL CONTRATO DE MANTENIMIENTO Y RENOVACION DE OBRAS CIVILES DE LOS BIENES INMUEBLES PROPIEDAD DEL MUNICIPIO O EN QUE LES CORRESPONDA HACERLO EN VIRTUD DE UNA OBLIGACION CONTRACTUAL.

Periodo: 05-julio de 2022 al 10-junio-2023

INGENIERO CIVIL FIDEL FRANCISCO CORREDOR SERRANO
Cargo desempeñado: Profesional SST en el proyecto cuyo objeto del contrato No 12-6-10051-23 "MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES ADSCRITAS A LA POLICIA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA, REGION DE POLICIA NUMERO SEIS, VIVIENDAS FISCALES Y LAS DEMAS UN IDADES ESPECIALIZADAS DE SU JURISDICCION, CON EJECUCION POR TRACTO SUCESIVO, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE"

Periodo: 30-agosto de 2023 al 30-diciembre-2023

SANTANDEREANA DE SERVICIOS DE CONSTRUCCION S.AS
Cargo desempeñado: Residente HSEQ en el contrato "LOTE 2 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTVO DE LAS INSTALACIONES ADSCRITAS A LA POLICIA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA, EL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE ANTIOQUIA Y LAS DEMAS DEPENDENCIAS DEL GASTO, CON EJECUCION POR TRACTO SUCESIVO, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE"

Periodo: 06-septiembre de 2024 al 30 de diciembre de 2024

CORPORACION DE INGENIEROS Y ARQUITECTOS
Cargo desempeñado: Residente SST "MANTENIMENTO Y RENOVACION DE LA PLAZOLETA CAD DE LA ALCALDIA DE MEDELLIN"

Periodo: 21-enero de 2025 al 15 de marzo de 2025.

CONSORCIO MOTA-ENGIL
Cargo desempeñado: Residente SST en el Contrato "No. 4396C-22, cuyo objeto principal es la ejecución de los diseños de detalle, obras civiles, adecuación de redes y suministro de material rodante (trenes) para el **Proyecto Metro ligero de la 80,** en la ciudad de Medellin"

Periodo: 17-marzo de 2025 al 15 de febrero de 2026

REFERENCIAS PERSONALES

Ing. FAUSTINO CAMACHO MENDOZA
Ingeniero Civil
Gerente de Construcciones y Terminados Ltda.
TELF: 6226498 - 3167523140
Barrancabermeja

ALBA LILIANA CAMACHO MORENO
Coordinadora Recursos Humanos OGS
Edificio súper estrellas Apto 503
TELF: 6208536-3114645976

Ing. OMAR FERNANDO ESCOBAR BONILLA
Director de obra
MONTAJES MORELCO S.A
Estación Casabe V – PIA Casabe Sur-Central
TELF: 3155381559

MAYRA ALEJANDRA CELINZ
Administradora del contrato
MONTAJES Y CONSTRUCCIONES FERMAR LTDA
TELF: 6113839 - 6023465

Ing. JAIRO ANGEL
Director de obra
CONSORCIO ACCIONA-OTACC
ESTACION CHICHIMENE ACACIAS-META
TELF: 3166965056

CIELO DE LA OSSA
Coordinadora HSEQ
TABIQUE INGENIERIA
Calle 7 sur 42-70 Oficina 720 Torre 2
TELF: 3016260884

CIELO DE LA OSSA
Coordinadora HSEQ
CONSORCIO MOTA-ENGIL
Calle 7 sur 42-70 Oficina 720 Torre 2
TELF: 3016260884

Ing. ARMANDO GARCIA
Representante Legal
MAG INGENIEROS SAS
Calle 37 No. 40-43 Barrio Yarima
TELF: 3187125781

Ing. GLORIA ESTELLA IBARRA
Directora Interventoría
Consorcio HABOCIC
Carrera 57C No. 127D-05. Bogotá D.C
TELF: 3008153567

Arq. JOHANNA CELY LEON
Residente de Obra
Consorcio Medellín 2022
Carrera 96 No. 130B – 11 Piso 4, Bogotá D.C
TELF: 3102392283

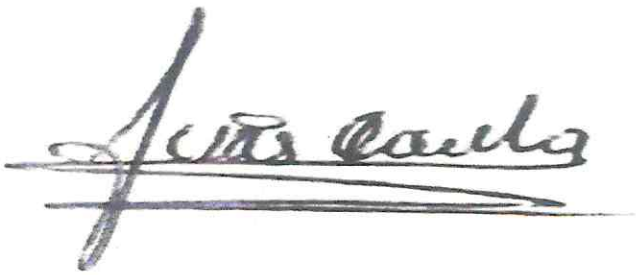
Ing. LUIS FERNANDO OCHOA
Director de Obra
Empresa: Ingeniero Civil Fidel Francisco Corredor Serrano
Carrera 8ª No. 12-05 Floridablanca-Santander
TELF: 3508999322

NATHALY JAIMES BARBOSA
Representante Legal
Empresa: SANTANDEREANA DE SERVICIOS DE CONSTRUCCION S.AS
Carrera 45 No. 57-17 Cabecera-Bucaramanga
TELF: 3185175632

Arq. ESTEBAN PARODYS
Director de Obra
Empresa: CORPORACION DE INGENIEROS Y ARQUITECTOS "CORPOCIA"
Calle 102 # 111-71 Apartado-Antioquia
Tel: 3106427741

CIELO DE LA OSSA
JEFE SST
CONSORCIO MOTA-ENGIL
Edificio 8111 Calle 81 No. 11-08 piso 9
TELF: 3016260884

HOJA DE VIDA
LUIS CARLOS PINTO DELGADO
INGENIERO AMBIENTAL Y DE SANEAMIENTO
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MATRICULA PROFESIONAL No. 68834139511STD



LUIS CARLOS PINTO DELGADO

Ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 68.512

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	06 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PINTO DELGADO LUIS CARLOS	MASCULINO	53 AÑOS 5 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	91440301 (Número)

Cargo

PROFESIONAL SST

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCIÓN	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *DEFECTO REFRACTIVO VISUAL INESPECIFICADO.*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (GLICEMIA)	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	TRIGLICERIDOS (TG)	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE. LA EMPRESA DEBE VERIFICAR LO ANTERIOR.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : PARA TRATAMIENTO DE COLESTEROL ALTO SEGÚN LABORATORIO DEL 06/06/2026 Y REPETIR GLICEMIA POR RESULTADO ALTERADO DEL 06/06/2026. NO LE AFCTA PARA EL CARGO.	CAPACITACIÓN : EN TRABAJO EN ALTURAS.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

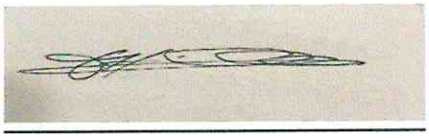
INFORMAR OPORTUNAMENTE DE LOS PELIGROS IDENTIFICADOS EN EL TRABAJO. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLEN EN EL CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. MANTENGA BUENA HIGIENE POSTURAL AL LEVANTAR OBJETOS, AGACHARSE O CAMINAR, NO MANTENER POSTURAS INADECUADAS EN NINGUNA PARTE DEL CUERPO (CUELLO, MANOS, ESPALDA). VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EXTREMIDADES Y COLUMNA. DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES. EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES.
EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFIERE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITE INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA
RESOLUCIÓN 4272 DEL 2021 POR LA CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE SEGURIDAD PARA PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS EN TRABAJO EN ALTURAS.

CAPACITACIÓN EN RIESGOS LABORALES
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA EMPRESA
CAPACITACION Y USO ADECUADO DE EPP PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TENIENDO EN CUENTA EL CARGO
GIMNASIA LABORAL, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS (VISUALES, AUDITIVAS Y GENERALES)

AUTOCUIDADO, SEGURIDAD PROACTIVA, EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, USO DE CALZADO ADECUADO SEGÚN EL CARGO
ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD DE LA EPS
USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS
HISTORIA CLÍNICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LA RESOLUCIÓN 1843 DEL 2025.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



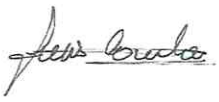
Firma:

Nombre: CC: 15511994 - JAIME HUMBERTO CARDONA

R. M.: 5-1140-00 **L.S.O.:** 2021060087522

Código de Seguridad
F882L1R68512

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: PINTO DELGADO LUIS CARLOS

CC: 91440301

ARL | sura

Medellín, 03 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C91440301	PINTO DELGADO LUIS CARLOS	04/06/2026		64E220h1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 03/06/2026 14:32:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.90, 192.230.104.15, 172.16.42.57

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 91440301 LUIS CARLOS PINTO DELGADO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**PROTECCION LABORAL**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/03/2022**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 2 de Junio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINTO DELGADO LUIS CARLOS** identificado(a) con **CC** número **91.440.301** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2006 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 02 de junio 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**

Comfenalco Antioquia

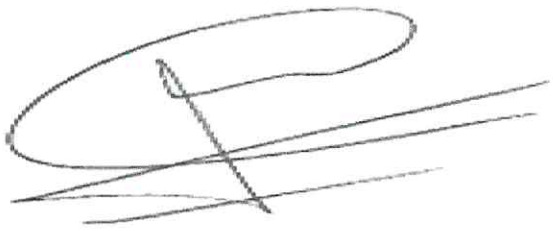
Medellín, 2 de junio de 2026

EL COORDINADOR DE SUBSIDIOS Y APORTES

HACE CONSTAR

Que **LUIS CARLOS PINTO DELGADO** con identificación **CC 91440301**, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, desde el 15 de mayo de 2026 por la empresa **RESTREPO Y URIBE SERVICIOS S.A.S.** con identificación **NIT 900767537**.

Atentamente,



JUAN CARLOS MOLINA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CATALAN	**MARQUEZ**	**GERARDO JAVIER**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.542.969 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 28 MES 01 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MAICAO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 22 #22 - 30

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2005
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 02 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**15**	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**15**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 92542969-13287

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	92542969
Paciente:	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	**Teléfono**	**Móvil:** 3045562561
Género	MASCULINO **Edad:** 46	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	28/01/1980	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	norepota		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

FIRMADO DATA

Firma y cédula del Paciente
GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ
92542969

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92542969	CATALAN MARQUEZ GERARDO JAVIER	01/06/2026		02796481	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 11:50:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ identificado(a) con CC 92542969 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 21/04/2020

Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**I.P.S. SALUD A TU LADO S.A.S - SERVICIOS I NIVEL**
Categoría:	**SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes 6 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **92542989,** *no está registrado/a* en el 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 12 de junio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Comfasucre
de todos

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.542.969** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROMERO	**REGINO**	**ARTURO MIGUEL**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.516.436

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 13 MES 03 AÑO 1971

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SAN MARCOS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 30 #6 - 27

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 03 MES 01 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**15**	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**15**	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 92516436-13284

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	01 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	92516436
Paciente:	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	**Teléfono**	**Móvil:** 3014461292
Género	MASCULINO **Edad:** 55	**EPS:**	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Fecha Nacimiento:	13/03/1971	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	CONDUCTOR
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	arturomiguel@mail.com		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. DE REQUERIR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGAS 15KG A CARGAS MAYORES USAR TECNICA DE TRABAJO EN EQUIPO Y/O AYUDAS ERGONOMICAS.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP
SEGURIDAD VIAL	CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD VIAL ESTABLECIDOS,IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENTIZACIÓN A LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES ENFOCADAS A LA CORTESÍA Y RESPECTO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO.	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García R

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Firma y cédula del Paciente
ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO
92516436

ARL | sura

Medellín, 31 de May 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92516436	ROMERO REGINO ARTURO MIGUEL	01/06/2026		59238412	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 31/05/2026 11:51:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.134.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA

Que el usuario identificado(a) con Cédula de Ciudadania – 92516436, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Subsidiado de nuestra entidad se encuentra en estado Activo.

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los 1 días del junio de 2026, a solicitud del interesado.

Atentamente,

Líder de Aseguramiento
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S
(Usuario:pagina web - Ubicación:Oficina Nacional - Barranquilla - Atlantico)

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **92.516.436** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 02 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH MOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	**MAYHUIRE**	**YNOCENCIO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ◯ C.E ◯ PAS (X) No. 118465123

SEXO: F ◯ M (X)

NACIONALIDAD: COL. ◯ EXTRANJERO (X) *PAÍS*: PERUANO

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 01 AÑO 1991

PAÍS PERU

DEPTO _____

MUNICIPIO _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 25 A 27

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2007

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1 1 MES 0 6 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 118465123-13469

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	09 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	118465123
Paciente:	YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHUIRE	**Teléfono**	**Móvil:** 3508839307
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**EPS:**	NO REPORTA
Fecha Nacimiento:	8/01/1991	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	ynocenciorodriguez04@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, MANTENER ADECUADA POSTURA ERGONOMICA DURANTE JORNADA LABORAL, DE REALIZAR ACTIVIDADES DE CARGA, ADOPTAR BUEN AGARRE PARA EL LEVANTAMIENTO MANUAL DE LAS MISMA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: -** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP
NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

María Florez.

MEDICO
MARIA ANGELICA FLOREZ MARTINEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1143399859
1143399859 - 881

YNOCENCIO

Firma y cédula del Paciente
YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHUIRE
118465123

ARL | sura

Medellín, 10 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
E1184651	RODRIGUEZ MAYHUIRE YNOCENCIO	11/06/2026		12314417	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 10/06/2026 08:15:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHUIRE** identificado con **Pasaporte** número **118465123** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MEDISINU IPS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 09 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHUIRE, identificado(a) con pasaporte No. **118465123**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **YNOCENCIO RODRIGUEZ MAYHURE** identificado (a) con Pasaporte Nº **118465123** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 09 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ARROYO	**MAURY**	**TOMAS FRANCISCO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.100.552.025

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 09 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 26 A 27 37

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2021

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 06 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 1100552025-13464

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	09 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1100552025
Paciente:	TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY	**Teléfono**	**Móvil:** 3127067186
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Fecha Nacimiento:	7/09/1999	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, MANTENER ADECUADA POSTURA ERGONOMICA DURANTE JORNADA LABORAL, DE REALIZAR ACTIVIDADES DE CARGA, ADOPTAR BUEN AGARRE PARA EL LEVANTAMIENTO MANUAL DE LAS MISMAS.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: -** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP
OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Maria Florez.

MEDICO
MARIA ANGELICA FLOREZ MARTINEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1143399859
1143399859 - 881

Tomas Arro

Firma y cédula del Paciente
TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY
1100552025

ARL | sura

Medellín, 09 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1100552025	ARROYO MAURY TOMAS FRANCISCO	10/06/2026		1672445t	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 09/06/2026 08:35:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY identificado(a) con CC 1100552025 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 21/04/2020

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **I.P.S. SALUD A TU LADO S.A.S - SERVICIOS I NIVEL**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes 6 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

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:

TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.552.025**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **TOMAS FRANCISCO ARROYO MAURY** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.100.552.025** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474**.

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 09 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PADILLA	*CAMPO*	

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 92.099.787 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 01 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO **SINCELEJO**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 15#24 - 10

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2007

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 20 MES 11 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 1102886228-13465

INFORMACION DE LA EMPRESA

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	09 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1102886228
Paciente:	RAUL JOSE PADILLA CAMPO	**Teléfono**	**Móvil:** 3234095387
Género	MASCULINO **Edad:** 27	**EPS:**	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Fecha Nacimiento:	7/01/1999	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	noreporta		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANAMANTENER ADECUADA POSTURA ERGONOMICA DURANTE JORNADA LABORAL, DE REALIZAR ACTIVIDADES DE CARGA, ADOPTAR BUEN AGARRE PARA EL LEVANTAMIENTO MANUAL DE LAS MISMAS, VALIDAR ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: -** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP
OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Maria Florez.

MEDICO
MARIA ANGELICA FLOREZ MARTINEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1143399859
1143399859 - 881

Firma y cédula del Paciente
RAUL JOSE PADILLA CAMPO
1102886228

ARL | sura

Medellín, 09 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102886228	PADILLA CAMPO RAUL JOSE	10/06/2026		129º9205	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 09/06/2026 08:25:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA

Que el usuario identificado(a) con Cédula de Ciudadania – 1102886228, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Subsidiado de nuestra entidad se encuentra en estado Activo.

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los 9 días del junio de 2026, a solicitud del interesado.

Atentamente,

Líder de Aseguramiento
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S
(Usuario:pagina web - Ubicación:Oficina Nacional - Barranquilla - Atlantico)

Vigilado Supersalud

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PADILLA CAMPO RAUL JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.102.886.228** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de octubre 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 09 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **RAUL JOSE PADILLA CAMPO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.102.886.228** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 09 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
JULIO	**TOSCANO**	**OSWALDO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.101.449.219

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 09 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 3 13 - 27

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2007
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1 1 MES 0 6 AÑO 2 0 2 3		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 1101449219-13466

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	09 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1101449219
Paciente:	OSWALDO MANUEL JULIO TOSCANO	**Teléfono**	**Móvil:** 3127752520
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**EPS:**	MUTUAL SER EPS.
Fecha Nacimiento:	14/09/1990	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	oswalditojulio43@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACION
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Liliana García

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
LILIANA DEL CARMEN GARCIA MONTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 64561738
213/96 - 875

Firma y cédula del Paciente
OSWALDO MANUEL JULIO TOSCANO
1101449219

ARL | sura

Medellín, 09 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1101449219	JULIO TOSCANO OSWALDO MANUEL	10/06/2026		225U1631	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 09/06/2026 08:57:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **OSWALDO MANUEL JULIO TOSCANO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1101449219** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MEDISINU IPS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 09 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JULIO TOSCANO OSWALDO MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.101.449.219** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de agosto de 2009 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 09 de junio 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**

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **OSWALDO MANUEL JULIO TOSCANO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.101.449.219** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 09 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA
Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HERRERA	**NAVARRO**	**JUAN CARLOS**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.100.552.025

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 19 MES 03 AÑO 2005

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 36 NO. 58-79

PAÍS COLOMBIA DEPTO SUCRE

MUNICIPIO SINCELEJO

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2023
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SUCRE		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* grupoejecutivokabod2@gmail.com
TELÉFONOS 3105554876	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 06 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL OBRERO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS LGM GESTION EMPRESARIAL SAS
NIT: 900543129-6
Licencia 566 del 2024

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Certificado de aptitud: 1100684098-13463

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	09 jun. 2026 - SINCELEJO - SUCRE	**Identificación:**	1100684098
Paciente:	JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO	**Teléfono**	**Móvil:** 3206605233
Género	MASCULINO **Edad:** 21	**EPS:**	CAJA COPI
Fecha Nacimiento:	19/03/2005	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OBRERO
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	juancarlosherreranavarro57@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, VALIDAR ESQUEMA DE VACUNACION, MANTENER ADECUADA POSTURA ERGONOMICA DURANTE JORNADA LABORAL, DE REALIZAR ACTIVIDADES DE CARGA, ADOPTAR BUEN AGARRE PARA EL LEVANTAMIENTO MANUAL DE LAS MISMAS.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: -** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiologica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP
OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 1843 del 2025, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

María Florez.

MEDICO
MARIA ANGELICA FLOREZ MARTINEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1143399859
1143399859 - 881

Juan Mcr

Firma y cédula del Paciente
JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO
1100684098

ARL | sura

Medellín, 09 de June 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 GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S..

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:	0000000003 POLICIA DEPARTAMENTAL MEDELLIN		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1100684098	HERRERA NAVARRO JUAN CARLOS	10/06/2026		21821220	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 09/06/2026 08:53:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.131.90, 192.230.104.16, 172.16.42.57

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100684098** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**22/05/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

porvenir
sólo hay uno

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:

JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.684.098**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

COMFASUCRE

NIT: 892200015-5

LA JEFE DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO FAMILIAR

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **JUAN CARLOS HERRERA NAVARRO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº **1.100.684.098** a registra como trabajador afiliado (a) en el sistema de información de datos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre -**COMFASUCRE**, a través de la empresa **GRUPO EJECUTIVO KABOD SAS** identificada con Nit: **901796474.**

Estado de Afiliación: **ACTIVO** | Categoría: **B**

La presente información se expide a solicitud del titular, dejando constancia que solo se entrega exclusivamente para lo fines solicitados. Cualquier otro uso o manipulación que se le dé a la misma, será exclusiva responsabilidad de la persona que la solicitó, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de habeas data (Ley 1266/2008) y la Ley de protección de datos personales (Ley 1581/2012).

Para constancia se firma en la ciudad de Sincelejo, el día 09 del mes de Junio del 2026. Esta certificación es válida por (30) treinta días.

ARLETH NOVOA

Jefe Departamento de Subsidio Familiar

VIGILADO SuperSubsidio

KABOD S.A.S	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA: USO OBLIGATORIO DE EPP EN HORARIO LABORAL		FECHA: 05/06/2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUIS CARLOS PINTO D.		HORARIO: 8:00 AM

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856857	WILMER ENRIQUE ANGULO ZAMBRANO	OBRERO	wilmer Angulo
2	1102831255	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	Rafael Benitez
3	1005767281	MARLON YESID ANGULO ZAMBRANO	OBRERO	marlon Angulo
4	92546317	NADIN JOSE HERNANDEZ BETRAN	OBRERO	Nadin Hernandez B
5	92542256	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	OBRERO	GERARDO CATALAN MARQUEZ
6	1100395452	JAVIER JURIELES RAMOS	OBRERO	Gustavo Jurieles Ramos
7	1102848477	LUIS HERNANDO LOBO PEREZ	OBRERO	x Luis Hernando Lobo Perez
8	1102820741	JHOEESE LIT CONCHILLO ACOSTA	OBRERO	x Jhoeese Lit Conchillo
9	1005646347	JESUS MANUEL VITOLA MERCADO	OBRERO	x Jesus Manuel Vitola M.
10	92516436	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	CONDUCTOR	[illegible]

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

KABOD S.A.S	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01 codigo: FT-SST-18
TEMA: EL AUTOCUIDADO		FECHA: JUNIO 10/2026.
NOMBRE DEL RESPONSABLE: Luis Carlos Pinto D.		HORARIO: 7:50 AM

CHARLA: ☒ CAPACITACIÓN: ☐ INDUCCIÓN: ☐ REINDUCCIÓN: ☐ COMITÉ: ☐

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856857	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	OBRERO	*Wilmer Angulo
2	1102831295	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	Rafael Benitez
3	1005672281	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	OBRERO	marlon Angulo
4	92546317	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	OBRERO	Nadin Hernandez JS
5	92542565	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	OBRERO	GERARDO CATALAN MARQUEZ
6	1100315452	JAVIER JUNIELES RAMOS	OBRERO	*Gustavo Javier Ramos
7	1102848477	LUIS HERNANDO LOBO PEREZ	OBRERO	*Luis Hernando Lobo
8	1102820741	JHOEESE LIT CONCHITA ACOSTA	OBRERO	Jhoeese Lit Conchita
9	1005646347	JESUS MANUEL VICOLIS MERCADO	OBRERO	*Jesus Manuel Vicolis
10	1004773389	OSCAR FERNEY TORRALVA URIBE	OBRERO	Oscar Ferney Torralva Uribe
11	1082863616	RONALD DAVID ACOSTA MANTILLA	OBRERO	*Ronald Acosta Mantilla
12	92516436	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	CONDUCTOR	Arturo Romero

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

KABOD S.A.S	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA: PAUSAS ACTIVAS		FECHA: 12/06/2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE: Luis Carlos Anto D.		HORARIO: 08:00 DM

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856857	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	OBRERO	x wilmer Angulo
2	1102831255	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	x Rafael Benitez
3	1005367281	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	OBRERO	x marlon Angulo
4	925746317	NADINE JOSE HERNANDEZ BELTRAN	OBRERO	x Nadine Hernandez Beltran
5	925422565	GERARDO JAVIER CASTELLAR MARQUEZ	OBRERO	x GERARDO JAVIER CASTELLAR MARQUEZ
6	1100375452	GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS	OBRERO	x Gustavo Javier Junieles Ramos
7	1102848477	LUIS HERNANDO LOBO PEREZ	OBRERO	x Luis Hernando Lobo Perez
8	1102820741	JHOEESE LIT CANCHILA ACOSTA	OBRERO	x Jhoeese Lit Canchila Acosta
9	1005646347	JESUS MANUEL VILORIA MERCADO	OBRERO	x Jesus Manuel Viloria Mercado

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA:	MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	FECHA: JUNIO 16/2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	LUIS CARLOS PINTO DELGADO.	HORARIO: 08:00

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856587	WILMAN ENRIQUE ANGULO ALMANZA	OBLERO	wilman Angulo
2	1102831255	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBLERO	Rafael Benitez
3	1005567281	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	OBLERO	marlon Angulo
4	9546317	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	OBLERO	Nadin Hernandez
5	92542565	GERMAN JAVIER CASTILLA MARQUEZ	OBLERO	GERMAN CASTILLA

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA:	CALENTAMIENTO GLOBAL	FECHA: JUNIO 18/2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	LUIS CARLOS PINTO D.	HORARIO: 08:00

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856987	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	OBRERO	wilmer Angulo
2	1007367281	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	OBRERO	marlon Angulo
3	1102837295	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	Rafael Andres
4	92546317	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	OBRERO	Nadin Hernandez
5	92542569	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	OBRERO	GERARDO CATALAN
6	92516436	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	CONDUCTOR	

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA:	PREVENCION DE LESIONES DE COLUMNA	FECHA: JUNIO 22/2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Luis Carlos Pinto D.	HORARIO: 08:00

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002056587	WILMER ENRIQUE ANGULO SALAMANCA	OBRERO	Wilmer Angulo
2	1005567281	MARLON YESID ANGULO SALAMANCA	OBRERO	Marlon Angulo
3	1102037253	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	Rafael Benitez
4	92546317	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN	OBRERO	Nadin Hernandez
5	95542569	GERARDO JAVIER CATALAN MARQUEZ	OBRERO	GERARDO CATALAN
6	92516436	ARTURO MIGUEL ROMERO REGINO	CONDUCTOR	Arturo Romero

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

	FORMATO ASISTENCIA	Version: 01
		codigo: FT-SST-18
TEMA: PROTECCIÓN OCULAR (CUIDADO DE LA VISTA)		FECHA: JUNIO 24 | 2026
NOMBRE DEL RESPONSABLE: Luis Carlos Pinto D.		HORARIO: 08:00 AM.

CHARLA: [X] CAPACITACIÓN: [ ] INDUCCIÓN: [ ] REINDUCCIÓN: [ ] COMITÉ: [ ]

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	1002856587	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA	OBRERO	Wilmer Angulo
2	1005367281	MARLON YESID ANGULO ALMANZA	OBRERO	marlon Angulo
3	1102831255	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO	OBRERO	Rafael Benitez
4	92546217	NADIN JOSE HERNANDEZ BERTRAN	OBRERO	Nadin Hernandez
5	92542565	GERALDO JAVIER CATALAN MADERA	OBRERO	GERALDO CATALAN

LAS PERSONAS LISTADAS EN ESTE DOCUMENTO A TRAVES DE NUESTRA FIRMA ACEPTAMOS QUE LOS CONOCIMIENTOS Y/O CAPACITACION ADQUIRIDA SE HAN DADO POR ENTENDIDOS Y QUE LOS APLICAREMOS A CABALIDAD EN OBRA O CAMPO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

KABOD S.A.S	INSPECCIÓN USO Y ESTADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FT-SST-016 23/02/2026 VR:01

RESPONSABLE INSPECCIÓN SST: Luis Carlos Pinto D. FECHA: Junio 16/2026

CONTRATISTAS: KABOD S.A.S

CONCLUSIÓN: (R:Reposición C: Capacitacin L: Llamado de atención)

USO: M/A:Mal uso U/A: Uso adecuado B/E:Buen estado

PROYECTO: DEANT

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR	UNIFORME COMPLETO	CABEZA		VISUAL			RESPIRATORIO		AUDITIVO			MANOS			DIELECTRICOS				CONCLUSIÓN	FIRMA
		CASCO	BARBUQUEJO	GAFAS	CARETA SOLDADURA	CARETA ESMERILAR	TAPABOCA	MASCARILLAFILTRO	AUDITIVO MOLDEABLE	AUDITIVO TAPON	AUDITIVO COPA	GUANTE VAQUETA	GUANTE NITRILO	GUANTE ANTICORTE	TRAJE	CARETA	GUANTES CLASE	TAPETE		
Wilmer Enrique Angulo A.	U/A	U/A	B/E	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	U/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	C	Wilmer Angulo
Rafael Andres Benitez O.	U/A	U/A	B/E	U/A	N/A	N/A	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	C	Rafael Benitez
Marlon Yesid Angulo A.	U/A	U/A	B/E	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	U/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	C	marlon Angulo
Nadin Jose Hernandez B.	U/A	U/A	B/E	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	C	Nadin Hernandez
Gerardo Jacinto Catalan M.	U/A	U/A	B/E	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U/A	N/A	C	Gerardo Catalan

OBSERVACIONES:

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	GUSTAVO JAVIER JUNIELES RAMOS
Cedula	1100395452
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	Gustavo	—
✓		PANTALON	1	34	C	Gustavo	—
✓		BOTAS	1	41	C	Gustavo	—
	✓	CASCO	1	—	C	Gustavo	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Gustavo	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Gustavo Javier Junieles Ramos

CC. N° 1100395452

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	LUIS HERNANDO LOBO PEREZ
Cedula	1102848477
Cargo	OBLERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	Luis Lobo	—
✓		PANTALON	1	34	C	Luis Lobo	—
✓		BOTAS	1	41	C	Luis Lobo	—
	✓	CASCO	1	—	C	Luis Lobo	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Luis Lobo	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Luis Lobo Perez

CC. N° 1102848477

Entregado por: Luis Lobo

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	JESUS MANUEL VILORIA MERCADO
Cedula	1005646347
Cargo	OBLERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	Jesus	—
✓		PANTALON	1	32	C	Jesus	—
✓		BOTAS	1	40	C	Jesus	—
	✓	CASCO	1	—	C	Jesus	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Jesus.	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Jesus Manuel Viloria M.

CC. N° 1005646347

Entregado por: Julio Cantillo

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	JHOESE LIT CANCHILA ACOSTA
Cedula	1102820741
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	M	C		—
✓		PANTALON	1	30	C		—
✓		BOTAS	1	39	C		—
	✓	CASCO	1	—	C		—
	✓	GAFAS	1	—	C		—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Jhoese Lit Canchila Acosta

CC. N° 1102820741

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001 Código: P-SST-001 Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	NADIN JOSE HERNANDEZ BELTRAN
Cedula	92546317
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	Nadin	—
✓		PANTALON	1	34	C	Nadin	—
✓		BOTAS	1	40	C	Nadin	—
	✓	CASCO	1	—	C	Nadin	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Nadin	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Nadin Hernandez

CC. N° 92546317

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001 Código: P-SST-001 Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	GERALDO JAVIER CATALAN MARQUEZ
Cedula	92542256
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	GERALDO	—
✓		PANTALON	1	34	C	GERALDO	—
✓		BOTAS	1	40	C	GERALDO	—
	✓	CASCO	1	—	C	GERALDO	—
	✓	GAFAS	1	—	C	GERALDO	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: GERALDO CATALAN

CC. N° 92542256

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	MARLON YEZID ANGULO ALMANZA.
Cedula	1005567281
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		BUZO	1	L	C	Marlon	—
✓		PANTALON	1	32	C	Marlon	—
✓		BOTAS	1	40	C	Marlon	—
	✓	CASCO	1	—	C	Marlon	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Marlon	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Marlon Angulo

CC. N° 1005567281

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001
		Código: P-SST-001
		Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	RAFAEL ANDRES BENITEZ OVIEDO
Cedula	1102831295
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		CAMISA	1	M	C	Rafael	—
✓		PANTALON	1	30	C	Rafael	—
✓		BOTAS	1	39	C	Rafael	—
	✓	CASCO	1	—	C	Rafael	—
	✓	GAFAS	1	—	C	Rafael	—

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo

EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: Rafael Benitez

CC. N° 1102831295.

Entregado por: _____

KABOD S.A.S	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN GRUPO EJECUTIVO KABOD S.A.S.	Versión 001 Código: P-SST-001 Elaborado Noviembre 2025

Nombre del Trabajador	WILMER ENRIQUE ANGULO ALMANZA
Cedula	1002856897
Cargo	OBRERO
Fecha de Entrega	JUNIO 01/2026

Tipo		Descripción	Cantidad	Talla	Estado	Firma	Observaciones
Dotación	EPP						
✓		PANTALON	1	34	C		
✓		CAMISA	1	L	C		
✓		BOTAS	1	40	C		
	✓	CASCO	1	—	C		
	✓	GAFAS	1	—	C		

He recibido de conformidad la anterior dotación/EPP, la cual me comprometo a cuidarla debidamente y devolver en caso que sea necesario, salvo deterioro normal de los casos en que el contrato termine. En caso contrario, autorizo que de mi salario o liquidación se descuente el valor correspondiente.

DOTACIÓN: Vestuario de trabajo
EPP: Elementos de Protección Personal: Barrera de protección entre la fuente de riesgo y el trabajador.

Nombre del Trabajador: WILMER ANGULO
CC. N° 1002856897

Entregado por: _____

KOBAD S.A.S	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS CIVILES			FT-SST-017 12/02/2026 VR:01
FECHA	16/ JUNIO/ 2026	TRABAJO	12-6-10026-26	
UBICACIÓN	DEANT	HORA	10:00	
PROYECTO	CONTRATO DE MANTENIMIENTO Nº 12-6-10026-26			

HERRAMIENTAS	ESTÁNDARES DE SEGURIDAD	C	NC	NA
SIERRAS	El mango es de material resistente			✓
	Los mangos están bien fijados y en perfecto estado			✓
	La hoja se encuentra bien tensada			✓
	La tuerca de ajuste está en buenas condiciones.			✓
MARTILLOS Y MAZOS	Se observa el mango poco resistente, agrietado o rugoso.	✓		
	Se observa la cabeza con rebabas.	✓		
	Se encuentra el mango unido fijado con cuñas introducidas oblicuamente respecto al eje de la cabeza del martillo.	✓		
PICOS	Pico dentado, agrietado o mellado			✓
	El mango libre de grietas o astillas.			✓
	Se encuentra la hoja bien adosada			✓
	Mango acorde al peso y longitud del pico.			✓
PALAS	Esta en buen estado la estructura del mango y no presenta riesgo de chuzones o grietas.	✓		
	El guardacabo esta en buenas condiciones (libre de fisuras, madera desgastada y corroida).	✓		
	Los bordes de la cucharas estan libres de roturas, fisuras o bordes irregulares.	✓		
	Se encuentra el mango unido fijado con cuñas introducidas oblicuamente respecto al eje de la cuchara.	✓		
BARRAS	Esta en buen estado la estructura de la barra y no presenta fisuras ni roturas.			✓
	El cuerpo de la barra esta libre de rebabas o filos cortantes			✓
	La punta esta libre de fisuras y roturas			✓
	La pala esta libre de fisuras y roturas			✓
CARRETILLAS O COCHES	Esta en buen estado la estructura del mango y no presenta riesgo de chuzones o grietas			✓
	Se encuentra el mango unido fijado con cuñas introducidas oblicuamente respecto al eje de la cuchara			✓
	Los bordes de la cucharas estan libres de roturas, fisuras o bordes irregulares			✓
CINCEL	El cincel debe estar limpio y libre de rebabas	✓		
	Verifique que las esquinas de los filos de corte sean redondeadas si se usan para cortar.	✓		
	La cuña del cincel se encuentra fuera de fisura	✓		
	El cuerpo del cincel se encuentra fuera de fisuras	✓		
LIMA	El mango esté encajado con firmeza a la cabeza, que esté libre de astillas			✓
	Verifique que el cuerpo de la lima no esté desgastado.			✓
	El mango de la lina se encuentra fuera de fisuras			✓
ALICATE	Los tronillos de sujeción y los mangos se encuentran ajustados	✓		
	El mango del alicater se encuentra fuera de fisuras y con cinta de aislamiento	✓		
DESTORNILLADOR	Asegúrese que sea el adecuado para el trabajo a realizar.	✓		
	Verifique que la caña o vástago no esté doblada o torcida y que la pala no esté rajada, mellada o deformada.	✓		
	El mango se encuentra fuera de fisura	✓		
OBSERVACIONES				

Nombre y Firma (quien realiza la inspección):

Wilmer Arevalo

Nombre Y Firma (operador y/o operario)