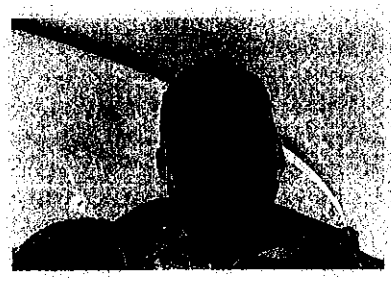
QUIRÓN UNIDAD MÉDICA

DIRECCIÓN:
BRR LA CASTELLANA CR 49 C 93 22 -Teléfono(s): 4758989

Fecha de atención:
30 de abril de 2025



Identificación: CC 3234900

Nombre paciente: ALFREDO GONZALEZ GUERRERO

Entidad: LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

Edad: 55 años 4 meses 11 días

Sexo: Masculino

Empresa beneficiaria: LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

Concepto

Información inicial

Cargo: OFICIAL DE OBRA

Tipo de examen: Ingreso

Exámenes

Examenes campos: Enfasis osteomuscular

Concepto

Concepto de Aptitud: Sin restricciones **Osteomuscular:** Apto

Descripcion del concepto: SE RECOMIENDA VALORACION POR EPS POR DOLOR REFERIDO EN ABDOMEN / EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO / MANEJO ADECUADO DE CARGAS / REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL / ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA

Recomendaciones Médicas

Recomendaciones Médicas: Realizar Actividad Fisica Regularmente,Dieta baja en Harina, Grasas y Azucares,Higiene postural

Recomendaciones ocupacionales

Recomendaciones Ocupacionales: Realizar pausas activas durante la jornada laboral

Recomendaciones optometria

Recomendaciones optometría: Uso de lentes permanentes,Uso de lubricantes oculares,Valoración por optometria eps

Observaciones: PARA ACTUALIZAR CORRECCION VISUAL

Observacion

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 proposito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la

BRR LA CASTELLANA CR 49 C 93 22 - Teléfono(s): 4758989
- Nit: 900849809 - Email(s): quironips@gmail.com

realizacion 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 mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion 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 legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Profesional que atiende:

ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
CC 3234900

BRR LA CASTELLANA CR 49 C 93 22 - Teléfono(s): 4758989 - Nit: 900849809 - Email(s): quironips@gmail.com

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 3234900
Nombre	: ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
Empresa/Contratante	: LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901606909
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/01/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/01/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoria	Recibe Subsidio	Valor	Ult. Subsidio	Estado
YENI ISABEL GONZALEZ YEPES	1066513156	20260107	HI	C	NO	0	--	AF

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Vigilado Supersubsidio

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
UnYbjFHD0

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALFREDO GONZALEZ GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3234900,** se encuentra afiliado/a desde **07/01/1994** 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 23 de febrero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	LP INGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS
DOMICILIO	CLL 51 A SUR # 77Q - 22
NIT DE LA EMPRESA	901.606.909
TRABAJADOR	ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
CEDULA DE CIUDADANIA	3.234.900
DIRECCION	Diagonal 65 b sur # 18p-72 / Barrio Compartir - Localidad Ciudad Bolivar
TELEFONO	3122454797
FECHA DE NACIMIENTO	12/20/1969
OFICIO A DESEMPEÑAR	MAESTRO
SALARIO MENSUAL	SMMLV
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	30/04/2025

Entre los suscritos, **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**, identificado con **NIT. N° 901.606.909**, quien actúa debidamente autorizado en representación de la Empresa **JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ**, identificada con **CC: N° 1.016.049.229** y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, por una parte, y por la otra **ALFREDO GONZALEZ GUERRERO,** mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **3.234.900** de Utica , con domicilio en la ciudad de **Bogotá D.C.**, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL EMPLEADO**, acuerdan conjuntamente celebrar el presente contrato de trabajo por obra o labor contratada, el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR** y por las siguientes cláusulas

PRIMERA – LUGAR: El trabajador desarrollara sus funciones en la ciudad donde se desarrollará la labor aquí contratada, o en el lugar donde el empleador lo requiera, sin que dichos cambios se entiendan como desmejoramiento de las condiciones laborales para el trabajador.

SEGUNDA – FUNCIONES: El empleador contrata al trabajador para desempeñar el oficio como aparece en el encabezado para las actividades de acuerdo al cargo y este se obliga a cumplir con todas y cada una de las obligaciones propias de esta labor contratada. Todo lo anterior de conformidad con las condiciones generales del contrato suscrito con el cliente y la empresa **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**

TERCERA – ELEMENTOS DE TRABAJO: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR: El trabajador por su parte, presentara su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad, cumpliendo las órdenes e instrucciones que le impartan el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA – DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración hasta finalizar la construcción o alcance de la obra por la cual fue contratada la empresa **LP IGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS**. También podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, dando cumplimiento a las obligaciones legales al respecto.

SEXTA– PERIODO DE PRUEBA: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba una quinta parte del del término inicialmente pactado para este contrato, sin que exceda los dos (2) meses.

SEPTIMA – JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del código sustantivo del trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad y las previamente establecidas por el empleador a sus representantes.

OCTAVA – SALARIO: El empleador cancelara al trabajador un salario mínimo mensual vigente como está establecido en el encabezado del presente contrato, pagaderos en el lugar de trabajo. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I Y II del título VII del código sustantivo del trabajo.

NOVENA – HORARIO: El trabajador se obliga a laborar jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer este ajustes o cambios cuando este lo crea conveniente.

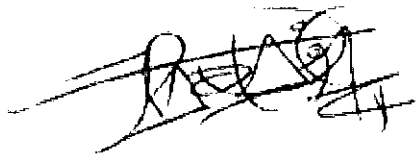
DECIMA – AFILIACIONES: Afiliación y pago de seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión, caja y riesgos profesionales, autorizando al trabajador el descuento de su salario, los valores que le corresponda aportar, en la porción establecida por la ley.

DECIMA PRIMERA – CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD: Las partes que suscriben el presente contrato convienen dar el carácter de confidencial a la correspondencia, a las manifestaciones escritas o verbales, a los documentos que se deriven del presente contrato y a los planos, especificaciones técnicas de la obra y demás documentos que se generen dentro de la labor contratada.

DECIMA SEGUNDA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

El presente documento se suscribe en Bogotá D.C, a los 30 días del mes de abril de 2025, con destino a cada una de las partes suscriptoras.

EL EMPLEADOR,



JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ
CC. 1.016.049.229

EL EMPLEADO,



ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
CC. 3.234.900

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

COMUNICACIÓN DE RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

Bogotá D.C. 30 de abril del 2025

Sr. Alfredo González Guerrero

Cordial saludo,

Es nuestro deber informarle que, según el concepto medico de ingreso a nuestra empresa, el cual fue realizado por un médico ocupacional y entregado en los días previos al inicio de sus labores en la empresa, a usted le fueron asignada unas recomendaciones para el desarrollo de sus labores, las cuales se las mencionamos a continuación:

- Realizar actividad física regularmente, dieta baja en harina, grasas y azucares, higiene postural
- Uso de lentes permanentes, uso de lubricantes oculares, valoración por optometría EPS
- Uso de EPP
- Realizar pausas activas

Por lo tanto, le sugerimos cumplir en su totalidad con las anteriores recomendaciones médicas ocupacionales.

Atentamente

Alfredo González Gu

Paola González Rodríguez
R/L de LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	LP INGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS
DOMICILIO	CLL 51 A SUR # 77Q - 22
NIT DE LA EMPRESA	901.606.909
TRABAJADOR	ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
CEDULA DE CIUDADANIA	3.234.900
DIRECCION	Diagonal 65 b sur # 18p-72 / Barrio Compartir - Localidad Ciudad Bolivar
TELEFONO	3122454797
FECHA DE NACIMIENTO	12/20/1969
OFICIO A DESEMPEÑAR	MAESTRO
SALARIO MENSUAL	SMMLV
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	08/01/2026

Entre los suscritos, **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**, identificado con **NIT. N° 901.606.909**, quien actúa debidamente autorizado en representación de la Empresa **JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ**, identificada con **CC: N° 1.016.049.229** y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, por una parte, y por la otra **ALFREDO GONZALEZ GUERRERO,** mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **3.234.900** de Utica , con domicilio en la ciudad de **Bogotá D.C.**, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL EMPLEADO**, acuerdan conjuntamente celebrar el presente contrato de trabajo por obra o labor contratada, el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR** y por las siguientes cláusulas

PRIMERA – LUGAR: El trabajador desarrollara sus funciones en la ciudad donde se desarrollará la labor aquí contratada, o en el lugar donde el empleador lo requiera, sin que dichos cambios se entiendan como desmejoramiento de las condiciones laborales para el trabajador.

SEGUNDA – FUNCIONES: El empleador contrata al trabajador para desempeñar el oficio como aparece en el encabezado para las actividades de acuerdo al cargo y este se obliga a cumplir con todas y cada una de las obligaciones propias de esta labor contratada. Todo lo anterior de conformidad con las condiciones generales del contrato suscrito con el cliente y la empresa **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**

TERCERA – ELEMENTOS DE TRABAJO: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR: El trabajador por su parte, presentara su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad, cumpliendo las órdenes e instrucciones que le impartan el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA – DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración hasta finalizar la construcción o alcance de la obra por la cual fue contratada la empresa **LP IGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS**. También podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, dando cumplimiento a las obligaciones legales al respecto.

SEXTA– PERIODO DE PRUEBA: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba una quinta parte del del término inicialmente pactado para este contrato, sin que exceda los dos (2) meses.

SEPTIMA – JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del código sustantivo del trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad y las previamente establecidas por el empleador a sus representantes.

OCTAVA – SALARIO: El empleador cancelara al trabajador un salario mínimo mensual vigente como está establecido en el encabezado del presente contrato, pagaderos en el lugar de trabajo. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I Y II del título VII del código sustantivo del trabajo.

NOVENA – HORARIO: El trabajador se obliga a laborar jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer este ajustes o cambios cuando este lo crea conveniente.

DECIMA – AFILIACIONES: Afiliación y pago de seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión, caja y riesgos profesionales, autorizando al trabajador el descuento de su salario, los valores que le corresponda aportar, en la porción establecida por la ley.

DECIMA PRIMERA – CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD: Las partes que suscriben el presente contrato convienen dar el carácter de confidencial a la correspondencia, a las manifestaciones escritas o verbales, a los documentos que se deriven del presente contrato y a los planos, especificaciones técnicas de la obra y demás documentos que se generen dentro de la labor contratada.

DECIMA SEGUNDA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

El presente documento se suscribe en Bogotá D.C, a los 08 días del mes de enero de 2026, con destino a cada una de las partes suscriptoras.

EL EMPLEADOR,



JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ
CC. 1.016.049.229

EL EMPLEADO,



ALFREDO GONZALEZ GUERRERO
CC. 3.234.900

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

COMUNICACIÓN DE RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

Bogotá D.C. 24 de febrero del 2026

Sr. Alfredo González Guerrero

Cordial saludo,

Es nuestro deber informarle que, según el concepto medico de ingreso a nuestra empresa, el cual fue realizado por un médico ocupacional y entregado en los días previos al inicio de sus labores en la empresa, a usted le fueron asignada unas recomendaciones para el desarrollo de sus labores, las cuales se las mencionamos a continuación:

- Higiene Postural
- Uso doble protección auditiva
- Uso de lentes Permanentes
- Uso de EPP
- Control medico Ocupacional Anual
- Realizar pausas activas

Por lo tanto, le sugerimos cumplir en su totalidad con las anteriores recomendaciones médicas ocupacionales.

Atentamente

Alfredo González Gu

Paola González Rodríguez
R/L de LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.003.688.996**

FLOREZ VARGAS

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

MARIA CAMILA FLOREZ

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-2001**

MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-OCT-2019 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1507600-01107405-F-1003688996-20191101 0068657926A 1 53150204

ARL | sura

Medellín, 25 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 LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003688996	FLOREZ VARGAS MARIA CAMILA	26/05/2026		14614112	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 25/05/2026 11:56:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.67.219.169, 192.230.104.13, 172.16.42.57

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	LP INGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS
DOMICILIO	CLL 51 A SUR # 77Q - 22
NIT DE LA EMPRESA	901.606.909
TRABAJADOR	MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS
CEDULA DE CIUDADANIA	1.003.688.996
DIRECCION	Calle 6 # 3 -29
TELEFONO	3224320383
FECHA DE NACIMIENTO	09/09/2001
OFICIO A DESEMPEÑAR	Inspector de obra
SALARIO MENSUAL	SMMLV
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	26/05/2026

Entre los suscritos, **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**, identificado con **NIT. N° 901.606.909**, quien actúa debidamente autorizado en representación de la Empresa **JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ**, identificada con **CC: N° 1.016.049.229** y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, por una parte, y por la otra **MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS** mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1.003.688.996** de Facatativá Cundinamarca, con domicilio en la ciudad de **FACATATIVÁ.**, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL EMPLEADO**, acuerdan conjuntamente celebrar el presente contrato de trabajo por obra o labor contratada, el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR** y por las siguientes cláusulas

PRIMERA – LUGAR: El trabajador desarrollara sus funciones en la ciudad donde se desarrollará la labor aquí contratada, o en el lugar donde el empleador lo requiera, sin que dichos cambios se entiendan como desmejoramiento de las condiciones laborales para el trabajador.

SEGUNDA – FUNCIONES: El empleador contrata al trabajador para desempeñar el oficio como aparece en el encabezado para las actividades de acuerdo con el cargo y este se obliga a cumplir con todas y cada una de las obligaciones propias de esta labor contratada. Todo lo anterior de conformidad con las condiciones generales del contrato suscrito con el cliente y la empresa **LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS**

TERCERA – ELEMENTOS DE TRABAJO: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR: El trabajador por su parte, presentara su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad, cumpliendo las órdenes e instrucciones que le impartan el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA – DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración hasta finalizar la construcción o alcance de la obra por la cual fue contratada la empresa **LP IGENIERIA Y CONTRUCCIONES SAS**. También podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, dando cumplimiento a las obligaciones legales al respecto.

SEXTA– PERIODO DE PRUEBA: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba una quinta parte del del término inicialmente pactado para este contrato, sin que exceda los dos (2) meses.

SEPTIMA – JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del código sustantivo del trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el reglamento interno de trabajo. Higiene y seguridad y las previamente establecidas por el empleador a sus representantes.

OCTAVA – SALARIO: El empleador cancelara al trabajador un salario mínimo mensual vigente como está establecido en el encabezado del presente contrato, pagaderos en el lugar de trabajo. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I Y II del título VII del código sustantivo del trabajo.

NOVENA – HORARIO: El trabajador se obliga a laborar jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer este ajustes o cambios cuando este lo crea conveniente.

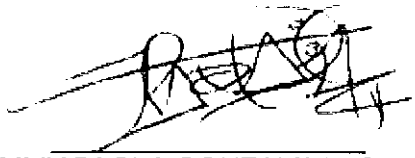
DECIMA – AFILIACIONES: Afiliación y pago de seguridad social. Es obligación del empleador afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión, caja y riesgos profesionales, autorizando al trabajador el descuento de su salario, los valores que le corresponda aportar, en la porción establecida por la ley.

DECIMA PRIMERA – CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD: Las partes que suscriben el presente contrato convienen dar el carácter de confidencial a la correspondencia, a las manifestaciones escritas o verbales, a los documentos que se deriven del presente contrato y a los planos, especificaciones técnicas de la obra y demás documentos que se generen dentro de la labor contratada.

DECIMA SEGUNDA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

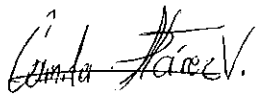
El presente documento se suscribe en Bogotá D.C, a los 26 días del mes de mayo de 2026, con destino a cada una de las partes suscriptoras.

EL EMPLEADOR,



JEIMMY PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ
CC. 1.016.049.229

EL EMPLEADO,



MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS
CC. 1.003.688.996

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012894390
9012894390

No. de Radicación SAT
30642330

Fecha de Radicación
25 05 2026

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
B. Traslado entre EPS X	A. Cotizante X	B. Contributivo X		A. Dependiente X		X

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

8. Apellidos y nombres			
FLOREZ	VARGAS	MARIA	CAMILA

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1003688996	Femenino X		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento		
				09	09	2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		X			

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

26. Residencia

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos basicos de identificacion del conyugé o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Numero del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

B1
B2
B3
B4
B5

36. Tipo de documento de identidad	37. Numero del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biologico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio - Distrito	Zona	Dirección Principal	Barrio	Correo Postal	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

54. Código de la IPS

C
51
52
53
54
55

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Numero del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
LP INGENIERIA CONSTRUCCIONES	NT	901606909	

59. Ubicacion			
CL 51 A 77 Q 22	4499703	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. Tipo de Novedad

X

X

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos basicos de identificacion

Tipo de documento de Identidad	Numero del documento de identidad	62. Sexo biologico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	25 05 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios / afiliados adicionales
70. Declaracion de la no obligacion de afiliarse al Regimen Contributivo. Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de la no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institucion Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
74. Autorizacion para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados Adres y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorizacion para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. Autorizacion para que la EPS envie información al correo electronico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptacion de las condiciones para vincularse a la Contribucion Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptacion de la actualizacion del grupo familiar para tarifas en Contribucion Solidaria segun la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Numero del documento de identidad

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCION RESPONSABLE DE POBLACION ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

93. Nombre de la institucion

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCION RESPONSABLE DE POBLACION ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Numero del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicacion

97. Fecha de validacion

OBSERVACIONES:

CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

Al diligenciar este formulario, el afiliado manifiesta su conocimiento de la información registrada y de las declaraciones y autorizaciones en el contenidas.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.688.996**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo 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.

compensar

Bogotá D.C., 25 de Mayo de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/5/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1003688996
Nombres y Apellidos	MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 901606909
Razón Social Empleador	LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/5/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	25/5/2026
Cargo	auxiliar de consatruccion
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código OfE7VJ9yS

Vigilado Supersubsidio

EL DIVINO NIÑO JESUS
Unidad Medica de especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020
NIT: 830.015894-4

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 123519

FECHA : 25/05/2026 HORA:9:52	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: MARIA CAMILA FLOREZ VARGAS	DOCUMENTO: 1003688996	EDAD: 24 GENERO: F
Empresa: LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS	Cargo: AUXILIAR SOCIAL	Tel: 3224320383 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADORA APTA PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES-7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Realizo mis examenes en instalaciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S. [illegible]

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels. 278 5555 - 366 5291 - 235 1657
Cels. 311 765 5241 - 321 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

LP INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S

COMUNICACIÓN DE RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

Bogotá D.C. 25 de mayo del 2026

Sr. María Camila Flórez Vargas

Cordial saludo,

Es nuestro deber informarle que, según el concepto medico de ingreso a nuestra empresa, el cual fue realizado por un médico ocupacional y entregado en los días previos al inicio de sus labores en la empresa, a usted le fueron asignada unas recomendaciones para el desarrollo de sus labores, las cuales se las mencionamos a continuación:

- Recomendaciones Médicas: Realizar actividad física regularmente, higiene postural controles de salud EPS
- Recomendaciones Ocupacionales: Realizar pausas activas durante la jornada laboral, uso de elementos protección.
- Recomendaciones optometría: Control anual

Por lo tanto, le sugerimos cumplir en su totalidad con las anteriores recomendaciones médicas ocupacionales.

Atentamente

Paola González Rodríguez
R/L de LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.071.168.372
VELASQUEZ JIMENEZ
APELLIDOS
JUAN DAVID
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-FEB-2013 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1513900-00941779-M-1071168372-20171002 **00576**90508A 2 48991970

Inspecciones Industriales
II.Colombia.s.a.s

CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 2.6.6.8 DE DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR EDUCACIÓN INFORMAL DECRETO1075 DE 26 DE MAYO DE 2015. LICENCIA OCUPACIONAL: RESOLUCION No. 10494 2025 SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE BOGOTÁ REG. MERCANTIL N° 03724627 -NIT 901.138.598-4

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ

CON Cedula de ciudadania No. 1071168372 DE LA CALERA

CURSO Y APROBÓ:

OPERADOR DE RETROEXCAVADORA

APROBÓ EL DIA 03/07/2026 VALIDO HASTA EL 02/07/2027
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE **(60)** HORAS
EN CONSTANCIA FIRMAN

Liseth Vargas
RECTORA SGSST

Sara Liseth Sanabria Vargas
GERENTE

OR-0057

LINEAS DE ATENCIÓN: 310 757 5203 / 323 289 5704
WWW.INSPECCIONESINDUSTRIALESDECOLOMBIA.COM
DIRECCIÓN:BOGOTÁ OFC. ADMIN: CR 88 A 136 58 / VILLAVICENCIO: OFC. OPERATIVA CLL 26A NO. 34-67. PISO 2
LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VERIFICADA EN NUESTRA PÁGINA WEB O MEDIANTE EL SIGUIENTE ENLACE: https://inspeccionesindustrialesdecolombia.com/

Inspecciones Industriales
II.Colombia.s.a.s

OPERADOR DE RETROEXCAVADORA

NOMBRE:

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: 1071168372

De: LA CALERA

ID

OR-0057

LICENCIA	CAT	HORAS	RH
SI	C1	60	O+

FECHA CERT.	FECHA VENCE
03/07/2026	02/07/2027



[redacted]

LISETH PAOLA VARGAS MANCHA
SGSST LIC 10454 DF 2025

ESTE CARNET ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE. EN CASO DE PERDIDA FAVOR COMUNICARSE A:
LINEAS DE ATENCIÓN: 310 757 5203 / 323 289 5704
DIRECCIÓN: BOGOTÁ OFC. ADMIN: CR 88 A 136 70 / VILLAVICENCIO: OFC. OPERATIVA CLL 26A NO. 34-67, PISO 2
CONSULTE SU CERTIFICADO:
www.inspeccionesindustrialesdelorinoquia.com O al correo [redacted]

Cendiatra

CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

SEDE:LOCAL 115 **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com **FECHA ATENCIÓN:**2026-07-03

Nombres y apellidos:JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
Fecha de nacimiento:11/02/1995
Empresa:901701490-GARI EXCAVADORAS S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo:CONDUCTOR
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1071168372
Edad:31 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3203516314
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-07-03 / 10:10:41
Fecha salida:2026-07-03 / 10:14:25
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



ESTADO:
ESTADO: APROBADO

Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

SONIA ESPERANZA PACHON VARGAS
CC: 33702681
RP: 33702681
LIC-SST: 33702681
Firma y sello del médico

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
CC: 1071168372
Firma del paciente

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:LOCAL 115 | **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 | **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com | **FECHA ATENCIÓN:**2026-07-03

Nombres y apellidos:JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
Fecha de nacimiento:11/02/1995
Empresa:901701490-GARI EXCAVADORAS S.A.S
Empresa usuaria:
Cargo:CONDUCTOR
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1071168372
Edad:31 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3203516314
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-07-03 / 08:35:05
Fecha salida:2026-07-03 / 12:00:24
Actividad Económica:
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
- VISIOMETRIA
- DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)
- PSICOSENSOMETRICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ALCOHOLIMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:
:
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - CONTROL ANUAL, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - FUAA
R.M. 1.032 483.726

JOHANA MORENO HERRERA
CC: 1032483726
RP: 1032483726
LIC-SST: 10967 / 04122023
Firma y sello del médico

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
CC: 1071168372
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:LOCAL 115 | **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 | **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com | **FECHA ATENCIÓN:**2026-07-03

Nombres y apellidos:JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
CC:1071168372
Fecha de nacimiento:11/02/1995
Edad:31 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:901701490-GARI EXCAVADORAS S.A.S
Fecha ingreso:2026-07-03 / 08:35:05
Empresa usuaria:
Fecha salida:2026-07-03 / 12:00:24
Cargo:CONDUCTOR
Actividad Económica:
Departamento:BOGOTÁ D.C.
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.
ARL:SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
Fondo de Pensiones:PORVENIR



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - CONTROL ANUAL, USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - EUAA
R.M. 1.032.483.726

JOHANA MORENO HERRERA
CC: 1032483726
RP: 1032483726
LIC-SST: 10967 / 04122023
Firma y sello del médico

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ
CC: 1071168372
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

GEXCA	**CERTIFICACION DE IDONEIDAD**	**CODIGO : PC –SG 021**	
		VERSION	2026

Bogotá D.C., 06 Julio de 2026

GARIEXCAVADORAS
NIT 901.701.490

CERTIFICA QUE:

El Sr. **Juan David Velásquez Jiménez**, identificado con C.C 1.071.168.372, es idóneo como persona profesional en el manejo de Excavadora Hidráulica y con habilidades para realizar trabajos como: excavaciones, nivelación de terreno, zanjeos, demoliciones y demás actividades que con llevan la operación de este tipo de máquinas.

La presente certificación es expedida a los 06 días del mes de Julio del 2026

Atentamente ;

CAMILO ANTONIO CRUZ

Representante Legal Gari excavadoras
C.C 79980338

Telefono: 3152927552-3008490891
Email: Gariexcavadoras@gmail.com

ARL | sura

Medellín, 03 de July 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 GARI EXCAVADORAS 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:	0005439004 OPERADOR MAQUINARIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1071168372	VELASQUEZ JIMENEZ JUAN DAVID	06/07/2026		Vm34r238	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 03/07/2026 10:26:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.200.195.100, 45.223.5.5, 172.16.42.57



DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS	Juan David VelásquezJiménez
CEDULA DE CIUDADANIA	1.071.168.372 de La Calera
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	Bogotá D.C. / 11 de Feb de 1995
ESTADO CIVIL	Soltero
DIRECCION	Trasversal 13 e no. 99-07
CIUDAD	Bogotá D.C.
TELEFONO	320 3516314

ESTUDIOS REALIZADOS

ESTUDIOS SECUNDARIOS	I.E.D. La Calera
TITULO OBTENIDO	Básica Secundaria
ESTUDIOS PRIMARIOS	Mariano Ospina Rodriguez
TITULO OBTENIDO	Básica Primaria

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	Inter Estudios S.A.
CARGO	Operador de retroexcavadora
DURACION	Julio del 2014 -Julio del 2015
TELEFONOS	3164704940

EMPRESA	Construcaro SAS
CARGO	Operador de retroexcavadora
DURACION	Agosto del 2015 -Abril de 2016
TELEFONOS	5409812

EMPRESA	TransPulido.
CARGO	Operador de retroexcavadora
DURACION	Diciembre del 2018 -Abril de 2019
TELEFONOS	8601258

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	Heydy Tatiana Velásquez Jiménez
OCUPACION	Auxiliar Jurídica.
PARENTESCO	Hermana
TELEFONO	3123769974
CIUDAD	Bogotá D, C.

NOMBRE	María Lucia Jiménez Rodriguez
OCUPACION	Empleada
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3132908821-8756202
CIUDAD	Bogotá D, C.

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Rafael Antonio Velásquez
OCUPACION	Independiente
TELEFONO	3123207911
CIUDAD	Bogotá D, C.

NOMBRE	Jairo Alb. Velásquez
OCUPACION	Empleado
TELEFONO	3102475836
CIUDAD	Bogotá D, C.

JUAN DAVID VELASQUEZ J.
1.071.168.372 DE LA CALERA

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2600379463

Fecha
06/07/2026 08:26:13

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901701490

Dígito de Verificación *
2

Razón Social *
GARI EXCAVADORAS S.A.S.

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1071168372

Primer Apellido *
VELASQUEZ

Segundo Apellido
JIMENEZ

Primer Nombre *
JUAN

Segundo Nombre
DAVID

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Fecha Inicio de Contrato *
06/07/2026

Total Horas Mes *
210

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1750904

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1750904

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

PERSONA(S) A CARGO

Con el fin de proteger la información, ya no se muestra el grupo familiar en el formulario de reactivación. El proceso se ejecutará con el ***último grupo familiar registrado en nuestra base de datos.***

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.

Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.

Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.

Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:

- *La confidencialidad y seguridad de la información.*
- *Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.*
- *Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.*

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

porvenir
sólo hay uno

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

en su condición de administradora de:

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.071.168.372**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Julio 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.

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO

Entre los suscritos GARI EXCAVADORAS SAS quien se identifica con NIT # 901701490-2 en adelante EL EMPLEADOR, y JUAN DAVID VELASQUEZ JIMENEZ quien se identifica con Cédula de ciudadanía 1.071.168.372 en adelante EL TRABAJADOR, hemos decidido celebrar el presente contrato de trabajo que se regirá por las siguientes cláusulas.

1. OBJETO. Mediante el presente contrato el TRABAJADOR se obliga a prestar sus servicios en favor del EMPLEADOR para el desarrollo del cargo: OPERADOR MAQUINA EXCAVADORA bajo la dirección y a las órdenes de aquel. Serán funciones del TRABAJADOR, sin perjuicio de otras que pueda ordenarle ejecutar el EMPLEADOR, las siguientes:
   - Operar la máquina de forma segura y eficiente para realizar excavaciones, zanjas, nivelaciones y movimientos de tierra.
   - Inspeccionar diariamente el equipo antes de iniciar labores (niveles de aceite, combustible, sistema hidráulico, orugas, luces y alarmas).
   - Realizar excavaciones según planos o indicaciones técnicas, respetando medidas y profundidades requeridas.
   - Cargar, descargar y mover materiales como tierra, arena, escombro, otros.
   - Trabajar cerca de redes de servicios públicos (agua, gas, electricidad) con precaución para evitar daños.
   - Mantener limpia la máquina y reportar fallas mecánicas o necesidades de mantenimiento.
   - Cumplir las normas de seguridad industrial y usar los elementos de protección personal.
   - Coordinar actividades con ayudantes, topógrafos y supervisores de obra.
   - Diligenciar registros de operación y mantenimiento cuando la empresa lo requiera.
2. CARÁCTER PERSONAL DEL SERVICIO. EL TRABAJADOR debe prestar personalmente sus servicios y no puede ser sustituido por otra persona.
3. LUGAR DE TRABAJO. El TRABAJADOR desempeñará las funciones propias del cargo en los lugares que le sean asignados por EL EMPLEADOR, de acuerdo con las necesidades del servicio y la naturaleza de las actividades contratadas.

4. REMUNERACIÓN. El EMPLEADOR pagará al trabajador, como contraprestación por los servicios prestados, un salario mensual equivalente a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV), correspondiente a la suma de $1.750.905 pesos moneda corriente. El pago se efectuará en forma quincenal, mediante consignación a la cuenta bancaria designada por el trabajador o por el medio de pago autorizado por la ley.

5. El salario antes indicado constituye la base para la liquidación y pago de las prestaciones sociales, aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y demás obligaciones laborales a cargo del empleador, conforme a lo dispuesto en la legislación laboral.

6. FORMA DE PAGO. El TRABAJADOR recibirá el salario mediante un pago quincenal los días 15 y 30 de cada mes. El EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR mediante consignación bancaria en la cuenta que se indica a continuación:

Entidad: NEQUI
Tipo de cuenta: Ahorros
Número: 3203516314

7. JORNADA DE TRABAJO. La jornada de trabajo del TRABAJADOR será indicado por cada obra. Respetando los límites legales de la jornada laboral colombiana.

8. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. serán obligaciones del EMPLEADOR, sin perjuicio de las demás que le asigne la ley o este contrato, las siguientes:

a. Proveer al TRABAJADOR con los herramientas y elementos necesarios para la realización de su trabajo.
b. Proveer al TRABAJADOR con los elementos de protección personal.
c. Prestar al TRABAJADOR los primeros auxilios en caso de accidente laboral.
d. Pagar la remuneración pactada en la forma establecida en el contrato.
e. Respetar al TRABAJADOR en lo que respecta a su dignidad, creencias y sentimientos.
f. Conceder al TRABAJADOR los permisos o licencias a las que tenga derecho.
g. Expedir la certificación laboral si el TRABAJADOR la solicitare a la terminación del contrato.
h. Pagar los gastos de traslado en caso de que el EMPLEADOR hiciese cambiar al TRABAJADOR de ciudad o residencia
i. Las demás que le asignen el Código Sustantivo del Trabajo y demás leyes concordantes.

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. será obligaciones del TRABAJADOR, sin perjuicio de las demás que le asigne la ley o este contrato, las siguientes:

a. Realizar las labores de su cargo de conformidad con lo establecido en este contrato.
b. No divulgar información privada sobre el EMPLEADOR que haya conocido con ocasión de su trabajo y que pueda generarle algún perjuicio a aquel.
c. Conservar y restituir en buen estado los bienes y herramientas que le hayan sido proporcionados para el desarrollo de su actividad, sin perjuicio del desgaste por el uso natural.
d. Las demás que le asignen el Código Sustantivo del Trabajo y demás leyes concordantes.

9. CONFIDENCIALIDAD. El TRABAJADOR se obliga a mantener en secreto toda información que le sea revelada por el EMPLEADOR con ocasión del servicio prestado. Para efectos de este contrato se entiende por confidencial toda información entregada por el EMPLEADOR que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

a. Que no sea de conocimiento público ni de fácil obtención a través de medios legítimos y que sea denominada como tal por el EMPLEADOR.
b. Que las circunstancias de su entrega, los medios de almacenamiento o las medidas de seguridad tomadas por el EMPLEADOR para la custodia de la información indiquen el carácter confidencial de la misma.
c. Se considerará información confidencial toda información de naturaleza contable, financiera o comercial que no sea de conocimiento público ni figure en bases de datos de acceso abierto o libre, tales como informes contables, planes de negocio, contratos y acuerdos de naturaleza privada, know-how, precios, clientes, proveedores, entre otras. Esta lista tiene propósito enunciativo y no implica la no confidencialidad de Otros tipos de información no mencionados en ella.

10. TERMINO DEL CONTRATO: El presente contrato de trabajo se celebra a TERMINO FIJO, con una duración de __12__meses, contados a partir del 06 de julio de 2026 y hasta el 05 de Julio de 2027. Vencido el término pactado, el contrato terminará automáticamente, salvo que las partes acuerden su prórroga o que opere la renovación automática en los términos previstos por la legislación laboral colombiana.
Cualquiera de las partes que no desee renovar el contrato deberá comunicarlo por escrito a la otra con una antelación no inferior a treinta (30) días calendario a la fecha de su vencimiento, de conformidad con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo.

Adicionalmente, podrá el EMPLEADOR dar por terminado el contrato de manera unilateral en las siguientes circunstancias:

a. Engaño por parte del TRABAJADOR mediante documentos o certificados falsos.
b. Violencia o indisciplina del TRABAJADOR durante el trabajo.
c. Violencia o indisciplina del TRABAJADOR fuera de su jornada de trabajo contra el EMPLEADOR, su familia o la empresa.
d. Daño intencional a los bienes del EMPLEADOR o la empresa
e. Actos inmorales o delitos cometidos en el lugar de trabajo o mientras ejercía sus funciones.
f. Violación de las obligaciones del TRABAJADOR.
g. Detención del TRABAJADOR por más de 30 días.
h. Revelación de secretos técnicos o comerciales del EMPLEADOR
i. Rendimiento deficiente y prolongado del TRABAJADOR en las labores asignadas.
j. Incumplimiento de sus obligaciones legales o frente al EMPLEADOR sin causa aparente.
k. Vicios o conductas del TRABAJADOR que perturben la disciplina en el lugar de trabajo.
l. El empleado no toma las medidas preventivas ordenadas por el médico de la empresa o las autoridades para evitar enfermedades o accidentes.
m. Ineptitud del TRABAJADOR que no le permite realizar la labor para la cual fue contratado.

11. PERIODO DE PRUEBA. Las partes acuerdan un periodo de prueba de 2 (dos) meses. Durante este plazo el EMPLEADOR podrá dar por terminado el contrato de trabajo sin previo aviso o indemnización si evidencia que el TRABAJADOR no es apto para ejercer las funciones del cargo.

12. VACACIONES. El TRABAJADOR gozará de 15 (quince) días hábiles de vacaciones por cada año laborado, o su fracción equivalente en caso de que se hayan causado por un periodo menor.

13. PLAZO DEL CONTRATO. El contrato tendrá una duración de 12 meses, contados a partir de la fecha de firma de este contrato.

14. RENOVACIÓN. Si ninguna de las partes manifiesta su intención de terminar el contrato 30 días antes de su fecha de vencimiento, éste se entenderá prorrogado por el mismo término, sin perjuicio de lo señalado por el Código Sustantivo del Trabajo, artículo 462.

NOTIFICACIONES. Del EMPLEADOR:

Ciudad: Bogotá D.C
Dirección: Cra 3 este 101 - 29
Teléfono: 3196126191
Correo electrónico: gariexcavadoras@gmail.com

:

Del TRABAJADOR:
Ciudad: Bogotá D. C
Dirección: Transversal 13e #99 -07 Km 5 vía la Calera
Correo electrónico: mary110201@gmail.com

Para constancia de las dos partes se firman dos ejemplares:

DEL EMPLEADOR Camilo Cruz
Cédula de ciudadanía: 79.980338

Juan David Velasquez 1071168372

DEL TRABAJADOR Juan David Velásquez Jiménez
Cédula de ciudadanía 1.071168372

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 06 07 2026

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia X · Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Sí No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Velasquez.	Segundo Apellido: Jimenez	Primer Nombre: Juan	Segundo Nombre: David

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
Cedula.	1071168372	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cual	Colombiana.

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País: Bogota	País: Colombia.	Departamento: Cundinamarca.	Municipio: Bogota D.C.	11 02 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Sí No X Categoría de discapacidad	Sí No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura.	Porvenir.	$ 1750905	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Transversal 13e # 99-07 Km 5 Vía la Calera		
Teléfono Celular: 3203516314	Correo Electrónico: mary110201@icloud.com	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Cundinamarca.	Bogota	Chapinero	Cabecera Municipal X Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

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

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del grupo adicional (a cargo de la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Gari Excavadoras SAS	Nit	901701490-2	

59. Ubicación
Dirección: Cra 3 Este 101-29 | Teléfono fijo o Celular:
Correo Electrónico: garlexcavadoras@gmail.com. | Departamento: Cundinamarca | Municipio / Distrito: Bogotá.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Velasquez.	Jimenez.	Juan	David.

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
Cedula.	1071168372	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	11 02 1995

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	06 07 2026	Código	Cafam.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMA

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIÓN COLECTIVA

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

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIÓN COLECTIVA

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

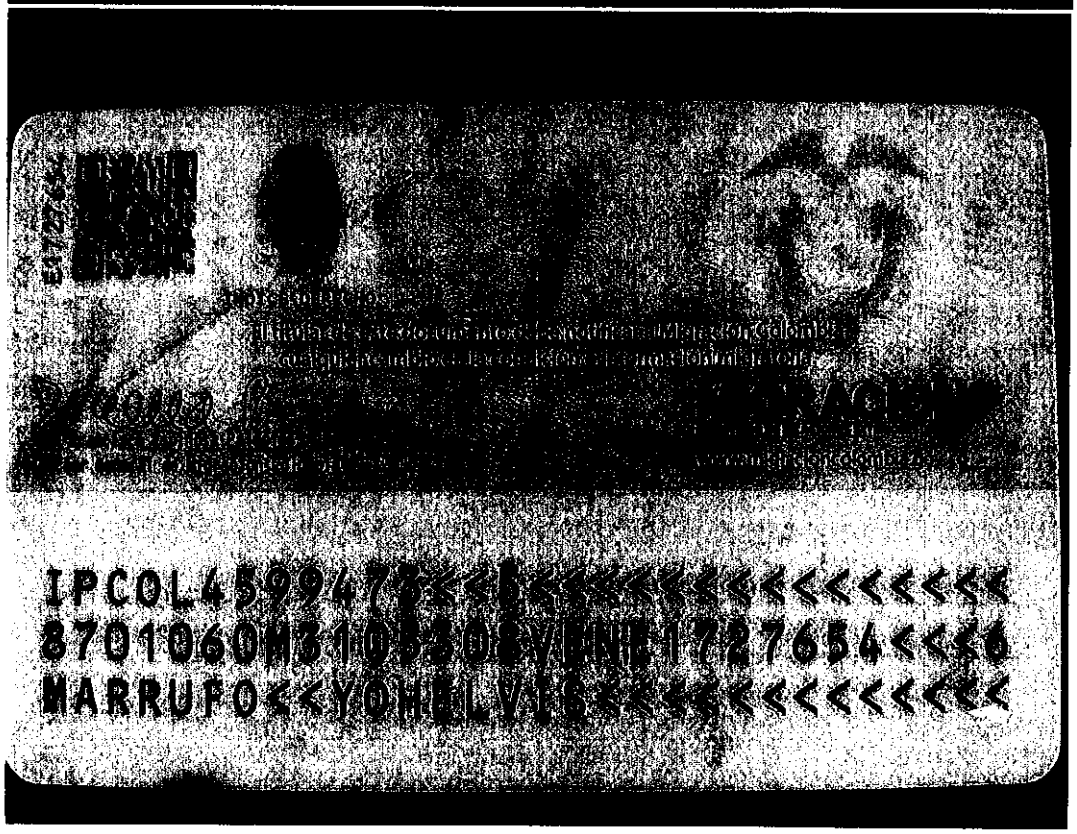
OBSERVACIONES

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

Doc Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 459478
COL
MARRUFO
YOHELVI
VEN
06 OCT 19
19 05 2021
20 05 20


IPCOL459478
8701060M3105308VEN1727654
MARRUFO<<YOHELVI

EL DIVINO NIÑO JESUS
Unidad Medica de especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020
NIT: 830.015894-4

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 123518

FECHA : 25/05/2026 HORA:9:23	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: YOHELVIS MARRUFO	DOCUMENTO: 4599473 EDAD: 39 GENERO: M
Empresa: LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS	Cargo: AYUDANTE Tel: 3150770812 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES 7058 DE 17 DE [illegible] de Salud del 24 Abril 2020
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Practica sus exámenes en instituciones medicas prestadoras de servicios de seguridad
Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

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

ARL | sura

Medellín, 25 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 LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X4599473	MARRUFO YOHELVIS	26/05/2026		s1362159	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 25/05/2026 13:48:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.67.219.169, 192.230.104.13, 172.16.42.57

3510

compensar

Bogotá D.C., 25 de Mayo de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/5/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	PT 4599473
Nombres y Apellidos	YOHELIS MARRUFO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 901606909
Razón Social Empleador	LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/5/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	25/5/2026
Cargo	auxiliar de consatruccion
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código kEo7xjDiS

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100