- Acoso laboral y/o persecución
- Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

Jeison Castro

EL EMPLEADOR:

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9

EL TRABAJADOR:
Angel Humberto Calderón Muñoz
C.C. 91.521.432

Powered by CamScanner

252

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80165875

BERMUDEZ VILLAMIL
APELLIDOS

JOHAN DAWING
NOMBRES

Johan Bermudez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

12-NOV-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500100-42091954-M-0080165875-20010803 0081301215A 02 101874662

Powered by CamScanner

253

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:

JOHAN DAWING BERMUDEZ VILLAMIL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.165.875**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Agosto 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.

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 06 de August 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 JHG VIAS Y 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 %	
C80165875	BERMUDEZ VILLAMIL JOHAN DAWING	07/08/2026		14018840	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 desafiliació
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/08/2026 08:53:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.157.108, 192.230.104.15, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	Nit: 901.807.727	Fecha: 2026-08-10
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ____
Nombres Y Apellido:	Johan Bermudez	CC 80165875
Edad: 45 años	Sexo: M	Cargo: Oficial de obra
Peso: 72 kg	Altura: 1.70	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Si___No ✔
Visiometría:	___	Glic: ___ Col:___Trigi:___otros: ____	
Optometría	✔		
Audiometría:	✔	Cuales: _____	
Espirometría:	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio:		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Johan Bermudez

FIRMA DEL PACIENTE

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.- 73.465.440

FIRMA DEL ESPECIALISTA

assmedicaips

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 3214 994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

Powered by CamScanner

256

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013035213
9013035213

No. de Radicación CAT
30867466

Fecha de Radicación
06 08 2026

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BERMUDEZ	VILLAMIL	JOHAN	DAWING

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80165875	Femenino / Masculino X	F / M / NB / Otro / Cual	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				08 04 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
		SI / NO X		SI / NO	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electrónico

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

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

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

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

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

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

257

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

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

55. Nombre o razon social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificacion	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901807727	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 81 C 48 04 SUR	31077588		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS retorno al país | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad A. Régimen Contributivo | 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 SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino / Masculino	63. Sexo identificacion Femenino / Masculino / NB / Otro / Cual	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad D D 06 M M 08 A A A A 2026	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

89. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 91. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC
Cantidad | TOTAL ANEXOS

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial | 93. Nombre de la institucion

Codigo del municipio | Codigo del departamento

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

94. Apellidos y nombres

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

96. Fecha de radicacion D D M M A A A A	97. Fecha de validacion D D M M A A A A	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

Powered by CamScanner

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 10 de agosto 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	: 80165875
Nombre	: Johan Dawing Bermúdez Villamil
Empresa/Contratante	: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS
Edificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901807727
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/10
Fecha de Ingreso a la	: 2026/08/10
empresa Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a siso 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, considerando solo válidos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
FOR-PGIE-044
VIGILADO SuperSubsidio
Powered by CamScanner

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.807.727-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador:	JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleador:	CR81C#48-04
Identificación del empleador	901.807.727-9
Nombre del trabajador:	Johan Dawing Bermúdez Villamil
Identificación del trabajador:	80165875
Obra o labor contratada:	Oficial de obra
Salario:	$ 2`600.000

Forma de pago: Transacción bancaria
Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 09 de agosto de 2026
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.807727 -9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Johan Dawing Bermúdez Villamil también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 80165875 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada, contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR cotrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor del trabajador para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte Johan Dawing Bermúdez Villamil y el Empleador con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 2'600.000 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Las horas extras que se realicen se pagarán en su respectiva quincena.

Powered by CamScanner

- **SEGURIDAD SOCIAL:** La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el

  Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual

- **PARÁGRAFO:** Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am - 5:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: n/a

- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acoso sexual

Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

- No pagar salarios en fechas estipuladas
- Faltar al respeto
- Humillar o menospreciar al trabajador
- No brindar dotación ni elementos de protección
- No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
- Acoso laboral y/o persecución

Powered by CamScanner

- Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

Jeison Castro

_____

EL EMPLEADOR:

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9

Johan Bermudez

_____

EL TRABAJADOR:
Johan Dawing Bermúdez Villamil
C.C. 80165875

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.649.300

PANDO QUINTERO

APELLIDOS

LUIS CARLOS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1972

LERIDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-ENE-1991 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1516900-00240277-M-0017649300-20100524 0022170801G 1 98216907

Powered by CamScanner

263

ARL | sura

Medellín, 11 de agosto 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 JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C17649300	PANDO QUINTERO LUIS CARLOS	10/08/2026		p1409174	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10307009672618737400

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 06/07/2026 10:23:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.42.165, 192.230.104.14, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 06/07/2026 11.53 AM



FECHA DE EXAMEN 06/07/2026 9.17 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	recepcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LUIS CARLOS			**Apellidos**	PANDO QUINTERO				
Identificación	CC	17649300	**Edad**	54 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	LERIDA TOLIMA			**Fecha de nacimiento**	25/05/1972	**Estrato**		3
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Bachiller		**Teléfonos**	3202712374			
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	CRA 20 47 03			
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.								
ARL	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES			**Fondo de Pensiones**	COLFONDOS				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
ACTIVIDAD ECONOMICA	CIIU: 4390		
CARGO	OFICIAL		
FECHA DE INGRESO		**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN VISIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
EXAMEN ESPIROMETRIA		

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIÓN
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS, NI SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA (SARSCOV2-COVID19) ACTUALMENTE.
RECOMENDACIONES	USO DE LENTES VISION PROXIMA (LECTURA).

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Pausas Activas	Uso De EPP

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dra Esmeralda Ramos
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. SO 4355 2023

MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 4355-2023
Firma y sello del Médico Evaluador

LUIS CARLOS PANDO QUINTERO
C.C 17649300
Firma del trabajador Evaluado



Página web: www.helpocupacional.com.co

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

FECHA DE EXAMEN 06/07/2026 9.17 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	recepcionhelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 350 521 1627	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LUIS CARLOS			**Apellidos**	PANDO QUINTERO				
Identificación	CC	17649300	**Edad**	54 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	LERIDA TOLIMA			**Fecha de nacimiento**	25/05/1972	**Estrato**	3	
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Bachiller		**Teléfonos**	3202712374			
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	CRA 20 47 03			
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.								
ARL	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES			**Fondo de Pensiones**	COLFONDOS				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
ACTIVIDAD ECONOMICA	CIIU: 4390		
CARGO	OFICIAL		
FECHA DE INGRESO		**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN VISIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
EXAMEN ESPIROMETRIA		

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIÓN
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS, NI SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA (SARSCOV2-COVID19) ACTUALMENTE.
RECOMENDACIONES	USO DE LENTES VISION PROXIMA (LECTURA).

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Pausas Activas	Uso De EPP

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dra. Esmeralda Ramos
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. SO 4355 2023

MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 4355-2023
Firma y sello del Médico Evaluador

LUIS CARLOS PANDO QUINTERO
C.C 17649300
Firma del trabajador Evaluado



Powered by CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (la) Señor(a) LUIS CARLOS PANDO QUINTERO identificado(a) con C.C No. 17.649.300, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de julio del 2026.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

Powered by CamScanner

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C.,10 de Agosto del 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	: 17.649.300
Nombre	: Luis Carlos Pando Quintero
Empresa/Contratante	: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS
Edificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901807727
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/10
Fecha de Ingreso a la	: 2026/08/10
empresa Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a siso 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, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

FOR-PGIE-044

Powered by CamScanner

Salud Total EPS

Bogotá, Agosto 10 del 2026

Señor:
PANDO QUINTERO LUIS CARLOS
CC. 17649300
CR 20 47 03 - 0
Ciudad

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 Febrero 16 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PANDO QUINTERO LUIS CARLOS	17649300	C	Feb-16-2022	175	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
WILCAM CONSTRUCCIONES S AS	17649300	Dependiente	CERRADO
WILCAM CONSTRUCCIONES S AS	17649300	Dependiente	CERRADO
COINS INGENIERIA SAS	17649300	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO EMERGENCIAS CUN O	17649300	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO PARQUES GBG O	17649300	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES AYALA LTDA	17649300	Dependiente	CERRADO
CONSTRUFOR SAS	17649300	Dependiente	CERRADO
CONTESING LTDA	17649300	Dependiente	CERRADO
FLR OBRAS CIVILES Y SUMINISTROS SAS	17649300	Dependiente	CERRADO
GBG SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	17649300	Dependiente	CERRADO
GBG SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	17649300	Dependiente	CERRADO
JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	17649300	Dependiente	CERRADO
JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S A S	17649300	Dependiente	VIGENTE
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS	17649300	Dependiente	CERRADO
LUIS CARLOS PANDO QUINTERO	17649300	Independiente	CERRADO

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,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Hoja de vida

Datos personales

Nombre	Luis Carlos Pando Quintero
Correo electrónico	luispandoquin3@gmail.com
Teléfono	3004335971
Dirección	Cra 20 # 47 03
Género	Hombre
Estado civil	Soltero
	EPS salud total

Perfil

Profesional comprometido con amplia experiencia en la gestión y supervisión de obras de construcción. Capaz de coordinar equipos de trabajo, controlar el cumplimiento de los plazos y garantizar la calidad y seguridad en cada proyecto.

Oficial de obra con habilidades organizativas y capacidad para resolver problemas en entornos dinámicos. Orientado a la optimización de recursos y la mejora continua, asegurando la satisfacción del cliente y el cumplimiento de normativas vigentes.

Oficial de obra con sólida experiencia en la ejecución y supervisión directa de proyectos de construcción, destacando por su atención al detalle y compromiso con la seguridad laboral. Proactivo en la gestión de materiales y en la coordinación con diferentes equipos para garantizar la eficiencia en todas las etapas del proyecto.

Especialista en construcción con enfoque en la implementación práctica de técnicas avanzadas, capaz de adaptarse rápidamente a nuevas tecnologías y metodologías para optimizar resultados en obra. Fuertes competencias en comunicación efectiva para garantizar la coordinación entre distintos niveles operativos y administrativos.

Idiomas

Español

Pasatiempos e intereses

- Lectura

Powered by CamScanner

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.807.727-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

Domicilio del empleador: CR81C#48-04

Identificación del empleador 901.807.727-9

Nombre del trabajador: Luis Carlos Pando Quintero

Identificación del trabajador: 17.649.300

Obra o labor contratada: Oficial de obra

Salario: $ 2'800.000
Forma de pago: Transacción Bancaria
Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 10 de agosto 2026
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.807727 -9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Luis Carlos Pando Quintero también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 17.649.300 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada, contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de trabajador para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte y el Empleador Luis Carlos Pando Quintero con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le

Powered by CamScanner

reconocerá una remuneración de 2'800.000 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Las horas extras que se realicen se pagarán en su respectiva quincena.

- **SEGURIDAD SOCIAL:** La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual

- **PARÁGRAFO:** Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 8 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 4:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer estos ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: 9:00am a 9:15 am (Desayuno) , de 12:00 pm a 1:00 pm (almuerzo) y de 3:00 pm a 3:15 medias tardes.

- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acosos sexual

Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

  - No pagar salarios en fechas estipuladas
  - Faltar al respeto

Powered by CamScanner

- Humillar o menospreciar al trabajador
- No brindar dotación ni elementos de protección
- No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
- Acoso laboral y/o persecución
- Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

Jeison Castro

EL EMPLEADOR:

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9

Luis Pando

EL TRABAJADOR:
Luis Carlos Pando Quintero
C.C. 17.649.300

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.553.111**

CASTRO

APELLIDOS

JALBER BAIQUES

NOMBRES

Jalber CASTRO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-ABR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01271020-M-1026553111-20211204 0077174530A 1 8503467501

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 06 de August 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 JHG VIAS Y 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 %	
C1026553111	CASTRO JALBER BAIQUES	07/08/2026		11329254	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 06/08/2026 08:50:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.157.108, 192.230.104.15, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	Nit: 901.807.727	Fecha: 2026-08-10
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ____
Nombres Y Apellido:	Jalber Castro	CC 1026553111
Edad: 39 años	Sexo: M	Cargo: Ayudante
Peso: 82 Kg	Altura: 1.70	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Si___No ✔
Visiometría:	___	Glic: ___ Col:___Trigi:___otros: ___	
Optometría	✔		
Audiometría:	✔	Cuales: _____	
Espirometría:	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio:		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

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

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Jalber Castro

FIRMA DEL PACIENTE

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.-73.4[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ASSMEDICA
NIT: 800149453
Salud Ocupacional

assmedicaips

Powered by CamScanner

276

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013035227
9013035227

No. de Radicado SAT
30867483

Fecha de Radicacion 06 08 2026

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

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

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CASTRO		JALBER	BAIQUES

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1026553111	Femenino Masculino X	T NB Otro Cual	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				28 D 02 M 1987 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de poblacion especia
		SI NO X		SI NO	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia

Direccion	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

Cabezera Municipal Rural Dispeso Centro Poblado Resto Rural

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos basicos de identificacion del conyuge 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. Numero del documento de identidad	30. Sexo biologico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	T NB Otro Cual	

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

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

	35. Apellidos y nombres				36. Tipo de documento de identidad	37. Numero del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biologico	40. Sexo identificacion	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre							
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de poblacion especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificacion SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoria discapacidad	SI NO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Direccion	Localidad / Comuna	Correo electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

B4
B5

277

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razon social	56. Tipo de documento de identificacion	57. Numero del documento de identificacion	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901807727	

59. Ubicacion				
CARRERA 81 C 48 04 SUR	31077588		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Direccion	Telefono	Correo electronico	Municipio - Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (Femenino / Masculino / T / NB / Otro / Cual)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	06 08 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

Apellidos y nombres	Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique 81. Afiliado adicional 82. Aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC

Cantidad								TOTAL ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres		
Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	95. Firma del funcionario

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

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

Powered by CamScanner

278

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO JALBER BAIQUES** identificado(a) con **CC** número **1.026.553.111** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día **11 de enero de 2008** 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 06 de agosto 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 comunícarse 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**

Powered by CamScanner

279

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 10 de agosto 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	: 1.026.553.111
Nombre	: Jalber Baiques Castro
Empresa/Contratante	: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS
Edificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901807727
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/10
Fecha de Ingreso a la	: 2026/08/10
empresa Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a siso 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, considerando solo válidos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.807.727-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador: JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleador: CR81C#48-04
Identificación del empleador 901.807.727-9
Nombre del trabajador: Jalber Baiques Castro
Identificación del trabajador: 102655311
Obra o labor contratada: Ayudante de obra
Salario: $ 1'750.500
Forma de pago: Transacción bancaria
Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 09 de agosto de 2026
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.807727 -9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Jalber Baiques Castro también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 102655311 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada, contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR cotrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor del trabajador para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte Jalber Baiques Castro y el Empleador con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1'750.500 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Las horas extras que se realicen se pagarán en su respectiva quincena.

Powered by CamScanner

- **SEGURIDAD SOCIAL:** La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el

  Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual

- **PARÁGRAFO:** Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: n/a

- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acoso sexual

  Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

  - No pagar salarios en fechas estipuladas
  - Faltar al respeto
  - Humillar o menospreciar al trabajador
  - No brindar dotación ni elementos de protección
  - No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
  - Acoso laboral y/o persecución

Powered by CamScanner

- Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

Jelson Castro

_____

EL EMPLEADOR:

JHG VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9

Jalber Castro

_____

EL TRABAJADOR:
Jalber Baiques Castro
C.C. 102655311

Powered by CamScanner

FABIAN CEDIEL

EXCAVACIONES S. A. S.

NIT 901 . 224 . 549 - 1

Servicio y movimiento de tierra con maquinaria pesada y servicio de camabaja a nivel nacional.

Bogotá, 04 de Octubre de 2022

CERTIFICACION FICHA TECNICA

MINI RETRO EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS HITACHI ZAXIS 40U JAPONESA

AÑO: 2016

COLOR: NARANJA.

SERIE: HCM1M100A00007085

MODELO:ZX40U

REFERENCIA: 40U

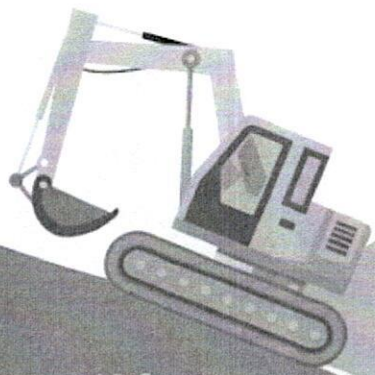
MOTOR MODELO: CC-4LE2

MARCA: IZUSU

COMBUSTIBLE: DIESEL

DESPLAZAMIENTO: SOBRE ORUGAS MECANICAS CON SOPORTES EN CAUCHO PARA RODAR SOBRE PAVIMENTO

FABIAN CEDIEL BOLAÑOS
TELEFONO 3212039291



321 203 9291
Diagonal 44 sur No 21 - 61 Bogotá D.C.

Powered by CamScanner

(Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario
3520081001816 94-1

Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social				
1116807	7	CONALQUIP LTDA				
Dirección		15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio	
16 96 G 05 BRR FONTIBON		4182688	35	11	001	
Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado		27. Tipo usuario	28. Cód. usuario	
838951	1	SIA FENIX LIMITADA		28	495	
Número documento de identificación		30. Apellidos y nombres				
3659		CALDERON GARCIA WILLIAM RICARDO				

Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.	
Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	
Ingreso Días	41. Cod. Depósito 20950	42. Manifiesto de carga No. 352008100001219	43. Año - Mes - Día 2008 - 10 - 02	44. Documento de transporte No. 4304KBBUNT0809003		45. Año - Mes - Día 2008 - 09 - 02		

Exportador o proveedor en el exterior: ERPRISE CO. LTD		47. Ciudad TOKYO	48. Cod.País Exportador 399
Exportador o proveedor en el exterior: JILDING 33-10, CHOME, MINAMICHI SHINAGAWA		50. E-mail 03-5763-1828	

1525/JEN	52. Año - Mes - Día 2008 - 08 - 29	53. Cod. país procedencia 399	54. Cod. Modo Transporte 1	55. Código de Bandera 580	56. Cod. Dpto destino 11	57. Empresa transportadora MEDITERRANEAN SHIPPING COMPANY COLOMBIA S.A.		58. Tasa de cambio $ cm 2,192.69

Ítem arancelario 29520000	60. Cod. Complementario XX	61. Cod. Suplementario XX	62. Cod. Modalidad C100	63. No. cuotas o meses XX	64. Valor cuota USD XXXX	65. Periodicidad del pago de la cuota XX	66. Cod. país de origen 399	67. Cod. Acuerdo XXX	
68. Tipo de importación 01	70. Cod. país compra 399	71. Peso bruto kgs. 3,519.86	dcms.	72. Peso neto kgs. 3,519.86	dcms.	73. Código embalaje PK	74. No. bultos 2	75. Subpartidas 2	76. Cod. unidad comercial U	77. Cantidad dcms. 1.00

12,789.32	79. Valor Bolsa USD 1,425.38							
USD 64.27	81. Valor Otros Gastos USD 65.88							
tas, seguros 1,555.51	83. Ajuste valor USD 0.00							
SD 14,344.83	85. Código registro o licencia L	86. Número 20360017						
88. Año 2008	89. Programa No XXXXXXXXXX	90. Cód Interno del Producto 0						

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 5.00	93 31,453,765	94 1,573,000	95 1,573,000	96 0
I.V.A.	97 16.00	98 33,026,765	99 5,284,000	100 5,284,000	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	109 0	108 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	119 0	119 0	120 0	
Reliquidacion	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 6,857,000		126 0

Descripción de las mercancías (No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo)

rontales («bulldozers»), topadoras angulares(angledozers), niveladoras, traillas («scrapers»), palas mecánicas, excava adoras, palas cargadoras, compactadoras y apisonadoras (aplanadoras), autopropulsadas.Palas mecánicas, excavadoras, ca alas cargadoras: Máquinas cuya superestructura pueda girar 360° BIEN DE CAPITAL. MERCANCIA USADA. EXCAVADORA HIDRAULI CA HITACHI, MODELO EX40U, AÑO DE FABRICACION 2000, PRECIO CUANDO NUEVA USD20.000.00, CHASIS S/N. 186P002272, MOTOR S/ DELO EX40U, (1UND).T.C. YEN 0.00945 DE 2008/10/03. XXXXXXXXXXXXX

285

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

No. 62663

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	ANO MODELO
MC107084	HITACHI	EX40U	2000

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	1B6P002272

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	126987	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
3519 Kg	2700 mm	1950 mm	3950 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BECERRA GOMEZ JOSE DEL CARMEN	C.C. 80.372.404

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80372404
NUMERO

BECERRA GOMEZ
APELLIDOS

JOSE DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



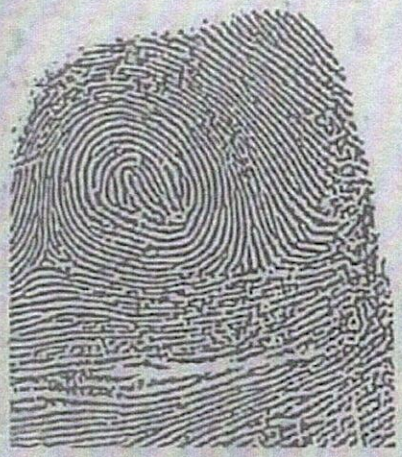
ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
18-09-2019	18-09-2019	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352008100181694	08/10/2008

COSMO-ID-L3-19

ESTA TARJETA [illegible] TERRITORIO NACIONAL

TM0700001031



INDICE DERECHO

15-JUL-1970

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-MAY-1989 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500118-42101765-M-0080372404-20020410 **04507** 02099A 01 112314893

Powered by CamScanner

	ANEXO 1.			CÓDIGO:	SST-ATS-001
	LISTA DE CHEQUEO DE TRABAJO SEGURO			VERSIÓN:	1
				FECHA:	4/1/2025

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN		MARTES 19/05/26	MIERCOLES 20/05/26	JUEVES 21/05/26	VIERNES 22/05/26	SABADO 23/05/26
Stiven Leonardo Pulido Sandoval	1.073.507.593						
ACTIVIDAD A REALIZAR	N/A						
LUGAR DE TRABAJO	N/A						
HORA INICIO	N/A						
HORA CIERRE	N/A						
VERIFICACIÓN SST	IDENTIFICACIÓN		MARTES 19/05/26	MIERCOLES 20/05/26	JUEVES 21/05/26	VIERNES 22/05/26	SABADO 23/05/26
RESPONSABILIDAD DE ACTIVIDAD	IDENTIFICACIÓN		MARTES 19/05/26	MIERCOLES 20/05/26	JUEVES 21/05/26	VIERNES 22/05/26	SABADO 23/05/26
AUXILIAR DE SST	IDENTIFICACIÓN		MARTES 19/05/26	MIERCOLES 20/05/26	JUEVES 21/05/26	VIERNES 22/05/26	SABADO 23/05/26

ANALISIS SEGURO DE TRABAJO

Empresa: EXCAT CONSTRUCCIONES	Ciudad: Bogotá		
Ubicación donde se realiza el trabajo: Sótano			
Fecha de realización del Trabajo :	Fecha final de trabajo:		Lugar de Trabajo: Edificio 96
Hora de Inicio :	Hora de Finalización:		
Descripción de la tarea a realizar: Movimiento de tierra y cargue de volquetas			

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Stiven Leonardo Pulido Sandoval CC 1.073.507.593	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		*Indique cada una de las herramientas a utilizar.*
Manuales		
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas	X	Excavadora y mini cargador
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	Nivel bajo (sótano), sin trabajo en alturas.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Acceso por rampa vehicular y escaleras internas del edificio.
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica.
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Señalización del área, delimitación con cinta o conos, inspección de maquinaria, control de ingreso de personal, supervisión permanente.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, botas de seguridad, chaleco reflectivo, guantes, gafas de seguridad, protección auditiva (Si aplica)
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2 a 3 trabajadores (operador de maquinaria, auxiliar)
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Excavadora, minicargador, volquetas, combustible, herramientas manuales (palas si aplica).
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	Sí, propios de la excavación. Se deben señalizar y controlar.
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	Sí, por presencia de tierra suelta, lodo y superficies irregulares.

¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Maquinaria en movimiento, ruido, polvo, posible caída de material, atrapamientos, golpes		
Pasos detallados de la tarea	**Peligros existentes y potenciales**	**Consecuencias**	**Controles Requeridos**
Inspección del área	Mecanico	caídas, torceduras	inspección previa, señalización
Ingreso de maquinaria	Mecanico (atropellamiento, choque)	lesiones graves o muerte	señalero, rutas definidas, alarmas de reversa
Excavación / movimiento de tierra	Mecanico (deslizamiento de tierra, atrapamiento)	asfixia, golpes	distancia segura, operador certificado, no ingresar a zona de trabajo
Cargue de volquetas	Mecanico (caída de material, golpes)	lesiones físicas	mantener distancia, uso de EPP
Limpieza y cierre de actividad	Mecanico (tropiezos, objetos sueltos)	caídas	orden y aseo del área
Deslizamiento de tierra	Fenomenos naturales (Derrumbe)	Atrapamiento, lesiones graves o muerte	Suspensión de actividades en caso de lluvias fuertes, Señalización de zonas inestables, Uso obligatorio de EPP

EVALUACION DEL RIESGO
¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?
☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
[x] No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.
¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?
[x] Si, proceda con la tarea.
☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores	**Firma**
Stiven Leonardo Pulido Sandoval	
Nombre y Cedula de la persona	**Firma**

EXCAT CONSTRUCCIONES
Con la bendición de Dios construimos

Nit: 901.596.357-1

Bogotá D.C, abril 27 de 2026

CARTA DE RESPONSABILIDAD POR EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN OBRA

Yo Loren Estefan Martinez Neita, identificada con numero de cedula No 1.019.069.416 actuando en calidad de represéntate legal de la empresa Excat Contracciones SAS, manifiesto que asumimos la responsabilidad por las actividades a ejecutar en el proyecto **IZZI 96** incluyendo las labores desarrolladas por personal propio y/o subcontratistas vinculados a la operación De igual manera, dejamos constancia de que cualquier situación, incidente o eventualidad que pueda presentarse durante la ejecución de dichas actividades será responsabilidad de nuestra empresa, exonerando de cualquier responsabilidad a la empresa contratante **constructora Coala** frente a los hechos derivados del desarrollo de la labor.

Cordialmente;

LOREN ESTEFAN MARTINEZ
c.c. 1.019.069.416
Representante legal
Tel. 3204457017

291

eXCAT CONSTRUCCIONES	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	FT - SST - 050
		VERSION:	002
	PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA DE ORUGAS	FECHA:	1/08/2022
ELABORO: INSPECTORA SST	REVISO: GERENTE ADMINISTRATIVA	APROBO:	GERENTE GENERAL

FECHA:		Nº INTERNO:	
PROYECTO O CENTRO DE TRABAJO:		MODELO:	
SUPERVISOR DE EQUIPO:		MARCA:	
NOMBRE OEL OPERADOR:		HOROMETRO:	



Convenciones: B: Bueno M: Malo N/A: No aplica

ITEMS	ELEMENTOS A CONTROLAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
ORUGAS	Sprocket																					
	Tensoras																					
	Carriles																					
LUCES	* De trabajo delanteras(Trabajo nocturno)																					
	* De Trabajo traseras (Trabajo nocturno)																					
CABINA	Cabina antivuelco (R.O.P.S)																					
	Cinturon de seguridad																					
	Extintor de incendios 10 lbs PQS																					
	Asiento																					
	Mandos de avance																					
	Indicadores (hidráulicos, refrigerantes, horómetro, corriente, aceite motor, combustible)																					
	Control ingreso de humo																					
	Alarma de retroceso																					
	Bocina																					
	Escaleras y apoyos de acceso																					
	Espejo retrovisor central (convexo)																					
	Estado de pedales																					
	Estado de mandos manuales																					
ESTADO MECÁNICO	Control fugas Hidráulicas																					
	* Estado de cilindro (amortiguadores)																					
	Llantas en buen estado																					
	Mecanismo de viraje																					
	*Direccion (terminales, bomba hidráulica)																					
	*Mando de estacionamiento (emergencia)																					
	*Motor																					
	Pasadores y tornillos en buen estado																					
	2 Batería y cables N° 100-130-170-200-300																					
	1 Batería y cables N° 50-55-60-65-70-75-80-85-90																					
	*Freno de servicio																					
	Resguardos																					
	Anclajes de contrapeso																					
OTROS																						

DOCUMENTOS PARA OPERADOR EXTERNO A LA EMPRESA

DOCUMENTOS OPERADOR	AFILIACION EPS: SI: NO:	NOMBRE EPS:	EPP	CASCO PROTECCION AUDITIVA GUANTES BOTAS DE SEGURIDAD	
	AFILIACION ARL: SI: NO:	NOMBRE ARL:		MONOGAFAS OTROS:	
INSPECCIONADO POR:		FECHA EXAMEN MEDICO: DD / MM / AAAA		FECHA CURSO DE ALTURAS: DD / MM / AAAA	
FIRMA:		NOMBRE DEL OPERADOR:			
FECHA PROXIMA REVISION:		FIRMA DEL OPERADOR:			
SUPERVISADO POR :	DAYANA MICHELL VEGA	EL EQUIPO ESTA APTO PARA TRABAJAR	SI	NO	PORQUE?
FIRMA SUPERVISOR:	Dayana Vega				
SEGUIMIENTO:					

OBSERVACIONES



Nit: 901.596.357-1

FORMATO DE PERMISO DE TRABAJO

EXCAVACIÓN, MOVIMIENTO DE TIERRA Y TRABAJO EN SÓTANO

---

1. Información General

- **Empresa:** _____
- **Proyecto/Obra:** _____
- **Ubicación:** _____
- **Fecha:** _____ **Hora inicio:** _____ **Hora fin:** _____
- **Responsable del trabajo:** _____
- **Cargo:** _____

---

2. Descripción de la Actividad

☐ Excavación manual
☐ Excavación mecánica
☐ Movimiento de tierra
☐ Trabajo en sótano
☐ Otro: _____

Detalle de la labor:

_____

_____

_____

3. Personal Autorizado

Nombre Cargo Firma

_____

4. Identificación de Riesgos

☐ Derrumbes / deslizamientos
☐ Atrapamientos
☐ Caídas a distinto nivel
☐ Golpes por maquinaria
☐ Atmósferas peligrosas (bajo oxígeno, gases)
☐ Inundaciones
☐ Exposición a polvo
☐ Ruido y vibración
☐ Contacto con redes (eléctricas, gas, agua)

---

5. Medidas de Control Implementadas

☐ Señalización del área
☐ Delimitación y cerramiento
☐ Apuntalamiento o entibado
☐ Taludes estables
☐ Inspección del terreno
☐ Monitoreo de gases (si aplica)
☐ Sistema de drenaje
☐ Iluminación adecuada
☐ Permiso de maquinaria autorizado
☐ Vigía de seguridad

---

6. Equipos y Herramientas

☐ Retroexcavadora
☐ Excavadora
☐ Herramienta manual
☐ Bombas de achique
☐ Detectores de gases
☐ Otro: _____

---

7. Elementos de Protección Personal (EPP)

☐ Casco de seguridad
☐ Botas de seguridad
☐ Chaleco reflectivo
☐ Protección respiratoria
☐ Protección auditiva
☐ Guantes
☐ Gafas de seguridad

---

8. Verificación de Condiciones de Seguridad

☐ Área inspeccionada antes de iniciar
☐ No hay riesgo de derrumbe
☐ Accesos seguros (escaleras/rampas)
☐ Sistema de ventilación adecuado (sótanos)
☐ Plan de emergencia disponible
☐ Botiquín y extintor disponibles

---

9. Plan de Emergencia

- **Punto de encuentro:** _____
- **Contacto de emergencia:** _____
- **Centro asistencial más cercano:** _____

---

10. Autorización del Permiso

- **Responsable SST:** DAYANA MICHELL VEGA **Firma:** Dayana Vega
- **Supervisor/Jefe de área:** _____ **Firma:** _____
- **Responsable del trabajo:** _____ **Firma:** _____

Nit: 901.596.357-1

FORMATO DE INDUCCIÓN AL CARGO

OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

1. Información General

- **Nombre del trabajador: Stiven Leonardo Pulido Sandoval**
- **Documento de identidad: CC 1.073.507.593**
- **Cargo: Operador de Maquinaria Pesada**
- **Área: Operativa**
- **Jefe inmediato: Loren Estefan Martinez**

---

2. Objetivo de la Inducción

Brindar al trabajador la información necesaria sobre sus funciones, responsabilidades, riesgos asociados y normas de seguridad, garantizando el desarrollo seguro y eficiente de sus actividades.

---

3. Descripción del Cargo

El operador de maquinaria pesada es responsable de manejar equipos como excavadoras, retroexcavadoras, cargadores, bulldozer, entre otros, asegurando el cumplimiento de las normas de seguridad y los procedimientos establecidos por la empresa.

---

4. Funciones Principales

- **Operar maquinaria pesada de manera segura y eficiente.**
- **Realizar inspecciones preoperacionales del equipo.**
- **Reportar fallas mecánicas o condiciones inseguras.**
- **Cumplir con los procedimientos de seguridad industrial.**
- **Mantener el orden y aseo del área de trabajo.**
- **Apoyar actividades operativas según necesidad.**

---

5. Riesgos Asociados al Cargo

- Atrapamientos
- Volcamientos
- Golpes por objetos o maquinaria
- Exposición a ruido y vibración
- Caídas al mismo o diferente nivel
- Condiciones climáticas adversas

---

6. Elementos de Protección Personal (EPP)

- Casco de seguridad
- Botas de seguridad
- Chaleco reflectivo
- Protección auditiva
- Guantes
- Gafas de seguridad

---

7. Normas de Seguridad

- No operar maquinaria sin autorización.
- Realizar inspección diaria antes de iniciar labores.
- No transportar personas en maquinaria.
- Mantener comunicación con el equipo de trabajo.
- Respetar señalización y zonas de seguridad.
- Reportar incidentes y accidentes inmediatamente.

---

8. Procedimientos Importantes

- Procedimiento de operación segura de maquinaria
- Procedimiento de emergencia
- Plan de evacuación
- Reporte de actos y condiciones inseguras

---

9. Capacitación Recibida

Tema Inducción Cargo Operador de Maquinaria Pesada

Inducción SST

Manejo seguro de maquinaria

Trabajo seguro

---

10. Evaluación de la Inducción
¿El trabajador comprendió la información suministrada?
x Sí ☐ No

Observaciones: Todo Claro

---

11. Firmas

- **Firma del trabajador:** Steven P.
- **Firma del responsable SST:** Dayana Vega
- **Firma del jefe inmediato:** [signature]

Nit: 901.596.357-1

PERFIL DE CARGO

OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

1. Información General

Empresa: EXCAT CONSTRUCCIONES S.A.S.
Cargo: Operador de Maquinaria Pesada
Tipo de contrato: Obra o labor determinada
Lugar de trabajo: Bogotá D.C. y demás lugares asignados por la empresa.
Jefe inmediato: Coordinador de Obra / Residente de Obra / Supervisor Operativo.

2. Objetivo del Cargo

Operar de manera segura, eficiente y responsable la maquinaria pesada asignada para la ejecución de actividades de construcción, excavación, movimiento de tierras, cargue, descargue y demás labores propias de la obra, cumpliendo los estándares de calidad, seguridad y productividad establecidos por la empresa.

3. Funciones Principales

- Operar maquinaria pesada asignada (retroexcavadora, minicargador, excavadora, vibro compactador u otra).
- Revisar diariamente el estado mecánico y operativo del equipo antes de iniciar labores.
- Ejecutar actividades de excavación, nivelación, cargue, transporte y movimiento de materiales.
- Reportar fallas mecánicas, novedades o daños del equipo.
- Cumplir con las instrucciones del jefe inmediato y cronograma de obra.
- Garantizar el uso adecuado de combustible, herramientas e implementos asignados.

- Mantener limpia y en buenas condiciones la maquinaria.
- Apoyar labores complementarias relacionadas con la operación.
- Cumplir normas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Usar permanentemente los elementos de protección personal (EPP).

4. Perfil Requerido

Formación Académica:

- Básica primaria o secundaria (preferible).
- Certificación como operador de maquinaria pesada (deseable).

Experiencia:

- Mínimo 1 año en operación de maquinaria pesada en obras civiles o construcción.

Conocimientos:

- Manejo seguro de maquinaria pesada.
- Normas básicas de tránsito interno y seguridad industrial.
- Inspección preoperacional de equipos.
- Señalización y prevención de riesgos en obra.

5. Competencias

- Responsabilidad.
- Atención y concentración.
- Trabajo en equipo.
- Seguimiento de instrucciones.
- Compromiso con la seguridad.
- Puntualidad.
- Orden y disciplina.

6. Condiciones del Cargo

- Trabajo en campo y obras civiles.
- Exposición a ruido, polvo y condiciones climáticas variables.
- Jornadas según programación de obra.
- Disponibilidad para traslado según necesidad operativa.

7. Riesgos Asociados

- Golpes, atrapamientos o volcamiento de maquinaria.
- Caídas al mismo nivel.
- Exposición a ruido y vibración.
- Sobreesfuerzo físico.
- Accidentes por tránsito interno en obra.

8. Indicadores de Desempeño

- Cumplimiento de actividades programadas.
- Uso adecuado del equipo.
- Cero incidentes por operación insegura.
- Reporte oportuno de novedades mecánicas.
- Productividad en obra.

Stiven P.

Trabajador Stiven Leonardo Pulido
CC 1.073.507.593