de las labores encomendadas por éste para emprender, respaldar o acreditar negocios particulares o actividades comerciales personales.**n)** Presentar cuentas de gastos ficticios o reportar como cumplidas o tareas no efectuadas.**ñ)** Retirar o intentar retirar de las instalaciones donde realice sus funciones, equipos de trabajo, aplicaciones de sistemas, elementos, máquinas, materia prima, útiles o papelería de propiedad del EMPLEADOR, de los clientes o proveedores y sin su autorización escrita para tal fin.**o)** El uso indebido de papelería, documentos y demás documentos pertenecientes al EMPLEADOR por parte de EL TRABAJADOR, quién de igual manera está en la obligación de denunciar inmediatamente ante las autoridades competentes, el extravió o pérdida.**p)** Desatender o negarse a cumplir medias de control establecidas por EL EMPLEADOR para prevenir accidentes, hurtos, estafas o cualquier otro ilícito que pueda atentar contra el patrimonio de EL EMPLEADOR.**q)** Negarse a utilizar adecuadamente los implementos de seguridad industrial adoptados por EL EMPLEADOR o negarse a cumplir las medidas de higiene o seguridad.**r)** Negarse a cumplir sin justa causa ordenes que en el desempeño de sus funciones le imparta EL EMPLEADOR, siempre y cuando las mismas tengan relación directa con las labores encomendadas y no afecten la dignidad de EL TRABAJADOR.**s)** Desatender las instrucciones y/o recomendaciones impartidas por el médico y/o salud ocupacional, atentando con su buen estado de salud. Incumplir con las directrices y protocolos de producción, para la elaboración de productos o mercaderías ofertadas por el empleador, que generen pérdidas económicas para la empresa.**u)** No asistir ni participar a las capacitaciones convocadas por la empresa.**v)** Por incumplimiento de las metas trazadas por el empleador, de conformidad con las metas, objetivos y exigencias contempladas en la política de desempeño de la compañía, según los exámenes y valoraciones periódicas que implemente el empleador, y a las que se somete EL TRABAJADOR.**w)** Por solicitud y/o requerimiento del contratante y/o coordinador de la obra, es decir, el contratante de los servicios del EMPLEADOR. **x)** Por terminación de la obra o labor.

PARÁGRAFO: Las fallas anteriormente indicadas no son taxativas dentro de los motivos de despido con justa causa, pues también tendrán aplicación para tal fin las que se desprendan de las normas legales.

DÉCIMA: SEGURIDAD SOCIAL. EL EMPLEADOR, se obliga a pagar oportunamente las Prestaciones Sociales que correspondan a EL TRABAJADOR de conformidad con la Legislación Colombiana vigente, por los Aportes Parafiscales que genera la vinculación de EL TRABAJADOR, por los descuentos de nómina y los pagos de orden legal ante las distintas entidades.

DÉCIMA PRIMERA: TRASLADOS. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración de EL TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8º del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales de EL TRABAJADOR y no se

le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos de EL TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1º de la Ley 50 de 1990.

DÉCIMA SEGUNDA: DERECHOS DE AUTOR. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecen al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En cualquier otro caso el invento pertenece a EL TRABAJADOR, salvo cuando éste no haya sido contratado para investigar y realice la invención mediante datos o medios conocidos o utilizados razón de la labor desempeñada, evento en el cual EL TRABAJADOR, tendrá derecho a una compensación que se fijará de acuerdo al monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al empleador u otros factores similares.

DÉCIMA TERCERA: RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO. EL TRABAJADOR será responsable de la custodia, cuidado y uso exclusivo para los fines laborales, las herramientas y/o elementos de trabajo, dineros, objetos y demás bienes entregados por parte del empleador o a quien este designe, a EL TRABAJADOR para el cumplimiento de las funciones y obligaciones laborales, pactadas dentro del presente contrato, el Reglamento Interno de Trabajo y las demás normas que regulen la relación laboral.

a) Las herramientas y/o elementos de trabajo, comprenden todos aquellos objetos físicos o en medios magnéticos, dineros y demás bienes de propiedad de la empresa, que hayan sido entregados a EL TRABAJADOR tales como: equipos de cómputo, equipos de trabajo, muebles, enseres, bases de datos, información de clientes y proveedores, dineros, vehículos, y demás bienes entregados a EL TRABAJADOR para el cumplimiento de sus funciones labores. Por tal razón EL TRABAJADOR, de forma especial se compromete a cumplir de manera estricta con los procedimientos para la conservación, cuidado y mantenimiento de las herramientas y/o elementos de trabajo a él entregados.

b) Los elementos y/o herramientas de trabajo entregados a EL TRABAJADOR son de propiedad de la empresa, por lo que el empleador al momento de la vinculación o durante la ejecución del contrato de trabajo, hará entrega de las herramientas o elementos de trabajo a EL TRABAJADOR, en todo caso su entrega se hará mediante acta suscrita por las partes, la que hará parte integral del presente contrato de trabajo.

c) EL TRABAJADOR deberá contar con la capacitación necesaria y requerida por el empleador para el manejo y manipulación de las herramientas o elementos de trabajo.

d) En cualquier momento el empleador hará la inspección al puesto de trabajo de EL TRABAJADOR con el fin de verificar el inventario, cuidado, conservación y uso correcto de los elementos de trabajo, por lo que EL TRABAJADOR manifiesta expresamente que permite al

empleador o a la persona que este designe para realizar la inspección.

e) EL TRABAJADOR deberá responder por la perdida y/o daño que sufra la herramienta y/o elemento de trabajo.

f) El empleador manifiesta expresamente y así lo acepta EL TRABAJADOR, que los elementos y/o herramientas de trabajo, así como los dineros, bienes, objetos y demás elementos de propiedad de la empresa, no podrán ser retirados de sus instalaciones por ningún motivo, salvo manifestación expresa del empleador soportada mediante escrito o en atención a la naturaleza del uso y destinación de la respectiva herramienta y/o elemento de trabajo.

g) A la terminación del contrato de trabajo, deberá EL TRABAJADOR realizar la devolución de las herramientas y elementos de trabajo al empleador, a través de inventariado en el que conste y se relacione la totalidad de los bienes, dineros, elementos, herramientas y mercancías al trabajador, en todo caso el trabajador responderá por la pérdida o los daños ocasionados a los mismos.

Parágrafo Primero. El incumplimiento de una o cualquiera de las obligaciones contenidas en esta cláusula, por parte del trabajador, por una sola vez, será considerada como violación y/o falta grave para todos los efectos legales y reglamentados en el R.I.T. de la compañía. Por lo que el empleador bajo criterios de razonabilidad podrá dar por terminado el contrato de trabajo de manera unilateral con justa causa.

Parágrafo Segundo. EL TRABAJADOR autoriza expresamente desde ahora al empleador, para que de sus salarios, prestaciones sociales y de cualquier acreencia laboral que le corresponda, le descuente las sumas de dinero que por cualquier causa o motivo llegare a adeudar al empleador dentro de la vigencia o la terminación del contrato de trabajo, por perdida, daño, uso distinto o mal uso de los elementos y/o herramientas de trabajo, mercancías, dineros, bienes, y demás objetos identificados en el literal a) de la presente cláusula, que el empleador le haya entregado a EL TRABAJADOR y que sea de la entera responsabilidad y cuidado de EL TRABAJADOR. Hace parte integral de este contrato las actas de inventario y entrega que se suscriban entre la empresa y EL TRABAJADOR en desarrollo de sus funciones.

EL TRABAJADOR manifiesta expresamente que las sumas de dinero que arrojen las liquidaciones, por daños, pérdidas y mal uso de los elementos y/o herramientas de trabajo, mercancías, dineros, bienes, y demás objetos identificados en el literal a) de la presente cláusula, serán descontados de su nómina de forma quincenal o liquidación de prestaciones sociales.

DÉCIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y AUTORIZACION DE DESCUENTO. EL TRABAJADOR responderá económicamente por todo acto inherente a su actividad que implique negligencia y descuido. Por tal razón EL TRABAJADOR expresamente

autoriza a EL EMPLEADOR para que en ejecución del presente contrato así como a su terminación por cualquier causa, le descuente del valor que le corresponda por salarios, liquidación final de prestaciones sociales, vacaciones o indemnizaciones o por cualquier otro concepto, las sumas que le deba por préstamos, el valor de reparaciones por daños intencionales o culposos a elementos de trabajo tales como computadores, aplicaciones de sistemas, equipos de oficina, elementos de protección y seguridad industrial, herramientas; demás bienes y responsabilidades, que en ejecución del objeto de este contrato EL TRABAJADOR haya recibido para el desempeño de su cargo y que lleguen a faltar al hacer entrega de su puesto de trabajo a EL EMPLEADOR por terminación del contrato.

DÉCIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD. EL EMPLEADOR, revelará a EL TRABAJADOR, la información relacionada con planes de negocio, información técnica, industrial o comercial, hojas especiales de trabajo, formulaciones, procedimientos y protocolos para la comercialización y distribución de los productos ofertados por la empresa, bases de datos de clientes y proveedor, así como los demás servicios relacionados, inherente o conexos con la labor encomendada además de las diferentes tecnologías a explotar, reservados como SECRETO INDUSTRIAL, SECRETO COMERCIAL Y KNOW HOW de propiedad de EL EMPLEADOR. Por su parte EL TRABAJADOR, garantiza a EL EMPLEADOR, que LA INFORMACION será mantenida en forma confidencial y que la misma no será utilizada con ningún fin diferente al que contempla la operación del presente acuerdo, a menos que sea autorizado por escrito por EL EMPLEADOR. En consecuencia, LA INFORMACION no será revelada a personas naturales o jurídicas, firmas o instituciones, etc., ajenas a este pacto de confidencialidad. El incumplimiento doloso o simplemente culposo de EL TRABAJADOR de cualquiera de las obligaciones que asuma mediante este acuerdo, será considerado como un acto de grave deslealtad profesional y/o laboral, y dará derecho a EL EMPLEADOR, a dar por terminado el contrato de trabajo con justa causa, sin obligación para EL EMPLEADOR, de pagar indemnización alguna salvo las previstas en la ley del trabajo vigente si a ello hubiese lugar. A todo evento, quedaran a salvo las acciones civiles que puedan corresponder a EL EMPLEADOR, en razón del incumplimiento sin perjuicio de que en caso dicho incumplimiento, se interpongan las acciones penales que tipifiquen la revelación indebida de LA INFORMACION. Todo lo anterior teniendo en cuenta lo preceptuado en la Decisión 486 del Acuerdo de Cartagena y la Ley 256 de 1.996.

DÉCIMA SEXTA: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO: El trabajador, desde la celebración del presente contrato, autoriza expresamente a la empresa, sin necesidad de nueva autorización, a realizar los descuentos correspondientes en su salario por cualquier obligación pecuniaria derivada de adeudos con la compañía, siempre que dichos descuentos sean debidamente notificados con antelación al trabajador. Los descuentos podrán efectuarse por concepto de préstamos otorgados por la empresa, anticipos salariales, pago por daños causados, faltas disciplinarias con sanción pecuniaria, retenciones legales, y demás obligaciones derivadas de la relación laboral, siempre que no contravengan lo dispuesto por la legislación vigente.

DÉCIMA SÉPTIMA: CONOCIMIENTO PREVIO DEL TRABAJADOR. EL TRABAJADOR manifiesta expresamente tener pleno conocimiento de que EL EMPLEADOR es una sociedad comercial regida por el derecho colombiano.

DÉCIMA OCTAVA: Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.
El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad.
Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá D.C., a los **23 días del mes de Septiembre del año 2026.**

EL EMPLEADOR



LAURA DANIELA GACHARNA HERNANDEZ
Representante Legal
C.C. No. 1.031.181.617
NIT. 902.060.938

EL TRABAJADOR

Alejandro González

DIEGO ALEJANDRO GONZALES LESMES
C.C. No 1.069.853.349

Consorcio SOFAN C-031	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ CARGO: AYUDANTE

CONTRATISTA: CIVILMAQ. – CONSORCIO SOFAN C-031

CONTRATO ICCU-138 DE 2025

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																						CAMISA Talla	PANTALON Talla	BOTAS MATERIAL Talla	RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD								
23/09/2025	X	X	X	X																			X	X	X	Alejandro González	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, DIEGO GONZALEZ identificado con cedula de ciudadanía No. 1.069.853349 declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalía presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Alejandro González

FIRMA RESIDENTE SST:

Scanned with CamScanner

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°: 040	SFI-SST-FOR-040
	☑ SG-SST	
NOTIFICACION A EXAMEN DE EGRESO	Fecha: Fecha de modificación: Febrero 2022	
	Versión: 002	
	Página 1 de 1	

Fecha: 23/09/2026

Señor: DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ
CC: 1.069.853.349.

ASUNTO: *NOTIFICACION EXAMEN* DE EGRESO

Cordial Saludo,

El CONSORCIO SOFAN C-031., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

MARCELA PINTO BLANCO
Coordinadora SST
CEL: 3132610189

Alejandro González
FIRMA DEL NOTIFICADO
CC, 1069853349

Scanned with CamScanner

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
21	07	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ
C.C.: 1032437686

CARGO: AYUDANTE
El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **21/07/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / NUTRICION EPS MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Jhon hernandez	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
JHO DAVID HERNANDEZ SANCHEZ	NOMBRE:MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE - SST


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.032.437.686

Apellidos
HERNANDEZ SANCHEZ

Nombres
JHON DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 JUN 2008

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 JUN 2026, BOGOTA D.C.

Firma
Jhon hernandez

Fecha de expiración
30 JUN 2036


.CO

097980784

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL097980784815001<<<<<<<<<<<
0806165M3606300COL1032437686<5
HERNANDEZ<SANCHEZ<<JHON<DAVID<

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:20:28 PM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032437686**
Apellidos y Nombres: HERNANDEZ SANCHEZ JHON DAVID

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 2905845741

PIB
16:59:40

Bogotá DC, 21 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN DAVID HERNANDEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032437686:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de julio de 2026, a las 14:21:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032437686
Código de Verificación	1032437686260721142117

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 21 de julio de 2026

Señor
JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ
CC: 1.032.437.686

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

Jhon hernandez
FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.032.437.686

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

Medellín, 21 de Julio 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, 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
C1032437686	HERNANDEZ SANCHEZ JHON DAVID	08/07/2026		13Py64p2	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:C799202512620253587

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 21/07/2026 14:53:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.182.74, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016945786	0|8|0|7|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
HERNANDEZ Primer apellido	SANCHEZ Segundo apellido	JHON Primer nombre	DAVID Segundo nombre

9. Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1032437686	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			1|6|0|6|2|0|0|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CRA 33 ESTE 43 47		3016340876	jhondavid160608@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS	NIT	901298855	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CRA 32A # 43 ESTE 62	3133897031	HUGOV.000@HOTMAIL.COM	CUNDINAMARCA	SOACHA

No de Radicacion
4016945786

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] **1.** Modificación datos básicos de identificación
- [ ] **2.** Corrección datos básicos de identificación
- [ ] **3.** Actualización documento de identidad
- [ ] **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] **5.** Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- [x] **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 tramite de protección al cesante
- [ ] **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] **20.** Ingreso a contribución solidaria
- [ ] **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|8|0|7|2|0|2|6		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ SANCHEZ JHON DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.032.437.686** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de julio de 2026 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 21 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Julio 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	: 1032437686
Nombre	: JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/07/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/07/08
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000623159

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **21/07/2026 09:24:21** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1032437686** Nombre **JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ** Sexo **M** Edad **18 Años**

Teléfono **3016340876** Dirección **CRA 33 ESTE 43 47**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PROTECCION**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / NUTRICION EPS
MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **21/07/2026 09:24:21** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1032437686** Nombre **JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ** Sexo **M** Edad **18 Años**

Teléfono **3016340876** Dirección **CRA 33 ESTE 43 47**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PROTECCION**

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL PACIENTE



Dra. Karen M. Valeta L.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res.152 C.C. 1.067.874.497

FIRMA DEL ESPECIALISTA

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 21 de julio de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.032.437.686**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato JHON DAVID HERNANDEZ**,** identificado con cedula de ciudadanía No. 19.873.342 de Bogota quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de AYUDANTE durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución de los contratos venideros. **El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1'750.905) más una bonificación por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095), por conceptos de transporte. Para un total de dos millones de pesos ($ 2'000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1'000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 25 de febrero de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1032437686

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Colombia

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 21 de julio de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ** identificado con cédula de ciudadanía No**. 1.032.437.686**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ

CRA 33 ESTE 43 47, SOACHA, CUNDINAMARCA

301 634 0876

jhondavid160608@gmail.com

16/06/2008

Colombia

Cédula : 1.032.437.686

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JHON DAVID HERNANDEZ CARGO: AYUDANTE DE OBRA

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																									RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla M	PANTALON Talla 39	BOTAS MATERIAL Talla 39		
16/09/2026	✓	✓	✓	✓	✓																		✓	✓	✓	Jhon hernandez	Jun B.

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, JHON DAVID HERNANDEZ identificado con cedula de ciudadanía No. 1.032..437.686 declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Jhon hernandez

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACIÓN

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA

Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO

Residente SST ING. MARCELA PINTO B.

Residente Ambiental ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

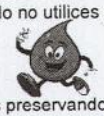
* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas		✓		Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓			✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Jhon David Hernandez CÉDULA: 1032437686 RH: O+

DIRECCIÓN: Cr 33 este 43-47 LOCALIDAD: Soacha

TEL / CEL: 3016340876 CARGO: Urbanz

FECHA NACIMIENTO: 16-06-2008 CONTRATISTA: ayudante FECHA INGRESO A EMPRESA: 15-09-26

ARL: Sura EPS: S. Total AFP: Protección EXÁMENES MÉDICOS: SI ✓ NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: Jhon hernandez FECHA: 16-09-26

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		FECHA	HORA:	TEMA
				17/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR		
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE	

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	JHON DAVID HERNANDEZ	1,032,437,686	AYUDANTE DE OBRA	Jhon Hernand	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: Jhon David Hernandez	**Cedula:** 1032437686.
Fecha: 17/09/2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. (d)-Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. seguridad y salud ✓ b. ambiental. ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ___X___ ✓ b. Al siguiente día _____ c. Cuando me acuerde _____ d. Días después porque me surgió un dolor _____ e. A la semana siguiente _____	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. peso ✓ b. Polvo ✓ c. Físico ✓	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable ✓ b-bolsa negra → Desechos químicos ✓ c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos ✓ d-Bolsa roja → No aprovechables ✓	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria ✓ b- Guantes ✓ c- Botas con puntera ✓ d- Impermeable e- Overol ✓ f- Gorra g- Protección auditiva ✓ h- Monogafas ✓ i- Camisa de manga corta J- Casco ✓	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. copasst ✓ b. ccl ✓	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	100%.
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Jhon hernandez

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 21 de julio de 2026

Señor
JHON DAVID HERNANDEZ SANCHEZ
CC: 1.032.437.686

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

Jhon hernandez
FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.032.437.686

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 31 de agosto de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **EDAR ARVEY PUIDO GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No**. 1.068.972.577**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.068.972.577
PULIDO GUTIERREZ
APELLIDOS
EDWARD ARVEY
NOMBRES
Arvey Pulido G
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-2005
CHOACHI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 B- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-FEB-2023 CHOACHI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1506100-01345423-M-1068972577-20230306 0101070397A 1 5972553

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:58:15 PM horas del 30/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1068972577**
Apellidos y Nombres: **PULIDO GUTIERREZ EDWARD ARVEY**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302081827

PIB
21:58:49

Bogotá DC, 30 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDWARD ARVEY PULIDO GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1068972577:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 30 de agosto de 2026, a las 21:59:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1068972577
Código de Verificación	1068972577260830215931

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ

VEREDA LA CAJA, COACHI, CUNDINAMARCA

313 342 7596

arveypulido@gmail.com

12/02/2005

Colombia

Cédula : 1.068.972.577

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

Medellín, 30 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1068972577	PULIDO GUTIERREZ EDWARD ARVEY	31/08/2026		18216520	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 30/08/2026 20:09:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.203, 192.230.104.18, 172.16.42.57

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EDWR ARVEY PULIDO GUTIERREZ identificado(a) con cedula ciudadania 1068972577, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS' NIT 901298855, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260831	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 29204004

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDWARD ARVEY PULIDO GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1068972577,** se encuentra afiliado/a desde **04/05/2023** 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 30 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 30 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	: 1068972577
Nombre	: EDWARD ARVEY PULIDO GUTIERREZ
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/30
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/31
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
F4TF7I7EH

Vigilado Supersubsidio

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 31 de agosto de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.068.972.577**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000629312

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **26/08/2026 10:52:45** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **RC 1068972577** Nombre **EDWARD ARVEY PULIDO GUTIERREZ** Sexo **M** Edad **21 Años**

Teléfono **3133427596** Dirección **CHOACHI**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **COMPENSAR E.P.S.**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **NO REFIERE**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL ORTOPTICA Y OPTOMETRIA EPS / EVITAR ACTIVIDADES CON ALTO RIESGO DE CAIDAS- ALTURAS /CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **26/08/2026 10:52:45** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **RC 1068972577** Nombre **EDWARD ARVEY PULIDO GUTIERREZ** Sexo **M** Edad **21 Años**

Teléfono **3133427596** Dirección **CHOACHI**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **COMPENSAR E.P.S.**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **NO REFIERE**

SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
26	08	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ
C.C.: 1068972577

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **26/08/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

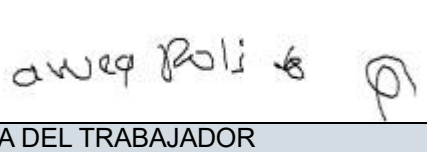
CONTROL ORTOPTICA Y OPTOMETRIA EPS / EVITAR ACTIVIDADES CON ALTO RIESGO DE CAIDAS- ALTURAS /CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ	NOMBRE:. MARCELA PINTO
CARGO: AYUDANTE	CARGO:RESIDENTE - SST

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.068.972.577 de Choachí, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de **AYUDANTE** durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución del **Contrato de Obra No. ICCU-CTO-138 DE 2025.** Con **Objeto:** INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MEDINA, GUAVIO, ORIENTE Y SOACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA LOTE 1**., El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más auxilio de transporte por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095). Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 31 de agosto de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1.068.972.577

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Bogotá - Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **EDWAR ARVEY PULIDO** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																								RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla M	PANTALON Talla 39	BOTAS MATERIAL Talla 40		
17/09/2026	✓	✓	—	✓	✓	✓																	✓	✓	—	Arvey P	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.068.972.577** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Arvey Pulido

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS	ORGANIZACIÓN
Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025	Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
	Residente SST ING. MARCELA PINTO B.
	Residente Ambiental ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas		✓		Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestiòn organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓			✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Edwar Arley Polido CÉDULA: 1068972577 RH: B-

DIRECCIÓN: Vereda La Caja LOCALIDAD: Chocachi

TEL / CEL: 3133427596 CARGO: Ayudante

FECHA NACIMIENTO: 12-02-2005 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 16-09-26

ARL: Sura EPS: Compensar AFP: Colpensiones EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: Arley Polido FECHA: 17-09-26

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

				FECHA	HORA:	TEMA
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		17/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS
FORMACIÓN - CAPACITACIÓN				LUGAR		OBJETIVO
				OFICINA CHOACHI		SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.
NOMBRE DEL CAPACITADOR						
MARCELA PINTO BLANCO				FOMEQUE		

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	EDWAR ARVEY PULIDO	1,068,972,577	AYUDANTE DE OBRA	Arvey P	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: Edwar Arvey Pulido.	**Cedula:** 1,068,972,577.
Fecha: 17/09/2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d-Todas las anteriores X ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. SST ✓ b. ambiental ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X ✓ b. Al siguiente día c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. FISICO ✓ b. robo ✓ c. VIROS ✓	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable ✓ b-bolsa negra → Desechos químicos ✓ c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos ✓ d-Bolsa roja → No aprovechables ✓	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria ✓ b- Guantes ✓ c- Botas con puntera ✓ d- Impermeable e- Overol ✓ f- Gorra g- Protección auditiva ✓ h- Monogafas ✓ i- Camisa de manga corta J- Casco ✓	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. copast ✓ b. CCL ✓	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	100%
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Arvey Pulido G

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 26 de agosto de 2026

Señor
EDWAR ARVEY PULIDO GUTIERREZ
CC: 1.068.972.577

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.068.972.577

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

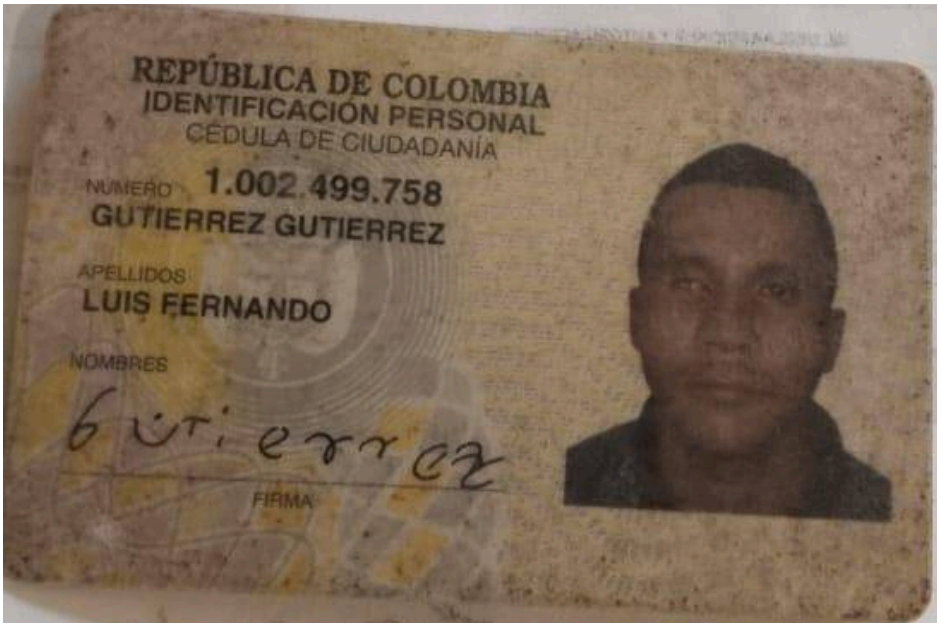
ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.002.499.758
GUTIERREZ GUTIERREZ
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1991
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
B+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
10-ENE-2013 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1524750-01265289-M-1002499758-20211112
0076327507A 1
8503288546

.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
12	09	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ
C.C.: 1002499758

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **12/09/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

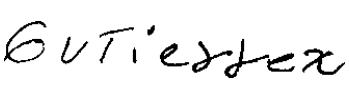
CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS INGRESAR AL SVE VISUAL

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ	NOMBRE: MARCELA PINTO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE - SST

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:18:39 PM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002499758**
Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ GUTIERREZ LUIS FERNANDO**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302896353

PIB
14:26:21

Bogotá DC, 14 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002499758:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 14 de septiembre de 2026, a las 14:21:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002499758
Código de Verificación	1002499758260914142127

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.002.499.758**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

Medellín, 14 de September 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002499758	GUTIERREZ GUTIERREZ LUIS FERNANDO	15/09/2026		[1]3722939	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2026 14:17:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9035478459
9035478459

No. de Radicación SAT: 32475186

Fecha de Radicación: 14 09 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
GUTIERREZ Primer Apellido	GUTIERREZ Segundo Apellido	LUIS Primer Nombre	FERNANDO Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1002499758	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			22 D 08 M A 1991 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.908	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS	NT	901298855	

59. Ubicación				
CRA 32 A # 43 ESTE 62	3133897031		SOACHA	CUNDINAMARCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	15 09 2026 (D D M M A A A A)	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

Vigilado Supersalud

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:

LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.499.758**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Septiembre 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	: 1002499758
Nombre	: LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/09/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/09/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código CAWgh8RHH

Vigilado Supersubsidio

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000632440

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **12/09/2026 09:23:24** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1002499758** Nombre **LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ** Sexo **M** Edad **35 Años**

Teléfono **3044780399** Dirección **CL 43 C#32 B 63 ESTE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [ ]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES

RESTRICCIONES

RESTRICCION PARA ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO / ALTERACION VISUAL

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **12/09/2026 09:23:24** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1002499758** Nombre **LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ** Sexo **M** Edad **35 Años**

Teléfono **3044780399** Dirección **CL 43 C#32 B 63 ESTE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PORVENIR**

RECOMENDACIONES

USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SVE VISUAL

Gutierrez

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Luis Fernando Gutierrez Gutierrez

Calle 43 C 32 B 63 ESTE, SOACHA

3044780399

22081991fg@gmail.com

22/08/1991

Colombia

Cédula : 1.002.499.758

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Construcción de pozos
- Aplicación de concreto y asfalto
- Construcción de andene
- Remates
- Suministro de tuberia

Experiencias de trabajo

01/2021 - 02/2023

Ayudante

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS - BOGOTÁ

Ayudante de obra civil, realizaba actividades tales como: aplicación de concreto, construcción de pozos, vías, andenes, etc

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.002.499.758**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.002.499.758 de Magangué, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de **AYUDANTE** durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución del **Contrato de Obra No. ICCU-CTO-138 DE 2025.** Con **Objeto:** INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MEDINA, GUAVIO, ORIENTE Y SOACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA LOTE 1**., El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más auxilio de transporte por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095). Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 14 de septiembre de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1.002.499.758

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Bogotá - Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **LUIS FERNANDO GUTIERREZ** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																									RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla M	PANTALON Talla 39	BOTAS MATERIAL Talla 40		
17 /09/2026	✓	✓	✓	✓	✓	✓																	✓	✓	✓	Luis G.	Jun R.

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **LUIS FERNANDO GUTIERREZ** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.002.499.758** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Luis Gutierrez

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS	ORGANIZACIÓN
Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025	Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
	Residente SST ING. MARCELA PINTO B.
	Residente Ambiental ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE (A:Aplica N/A: No Aplica)	A	N/A
Riesgos Físicos	Ruido	✓	
	Temperatura	✓	
	Falta de iluminación	✓	
	Vibraciones	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓	
	Virus, Hongos	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓	
	Levantamiento de cargas	✓	
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓	
	Manipulaciòn de cargas	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓
	Turnos y sobreesfuerzos		✓
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓

FACTOR DE RIESGO	AGENTE (A:Aplica N/A: No Aplica)	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Electrico (exposiciòn o contacto)	✓	
	Pisos resbalosos	✓	
	Escaleras y Barandas	✓	
	Almacenamiento inadecuado	✓	
	Condiciones de orden y aseo	✓	
	Tecnológico	✓	
	Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
	Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Espacios confinados		✓
Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Terremoto	✓	
	Derrumbes	✓	
	Inundaciones	✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Luis Fernando Gutierrez CÉDULA: 1002499758 RH: B+

DIRECCIÓN: Cll 43C 32B 63 este LOCALIDAD: Soacha

TEL / CEL: 3044780399 CARGO: ayudante

FECHA NACIMIENTO: 22-08-1991 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 15-09-26

ARL: Sura EPS: Famisanar AFP: Porvenir EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: Luis F. Gutierrez FECHA: 17-09-26

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		FECHA	HORA:	TEMA
				17/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR		
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE	

FIRMA:

NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	LUIS FERNANDO GUTIERREZ	1,002,499,758	AYUDANTE DE OBRA	LUIS G.	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: Luis Fernando Gutierrez	**Cedula:** 1002499758
Fecha: 15/09/2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. X-Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. ambiental ✓ b. sst ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente + ✓ b. Al siguiente día c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. Fisico ✓ b. Polvo ✓ c. bacterias ✓	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable ✓ b-bolsa negra → Desechos químicos ✓ c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos ✓ d-Bolsa roja → No aprovechables ✓	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria ✓ — f- Gorra b- Guantes — g- Protección auditiva ✓ c- Botas con puntera ✓ — h- Monogafas ✓ d- Impermeable — i- Camisa de manga corta e- Overol ✓ — j- Casco ✓	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. copast ✓ b. ccl ✓	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	100%
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Luis G.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 12 de sept de 2026

Señor
LUIS FERNANDO GUTIERREZ GUTIERREZ
CC: 1.002.499.758

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.002.499.758

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.002.499.760**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

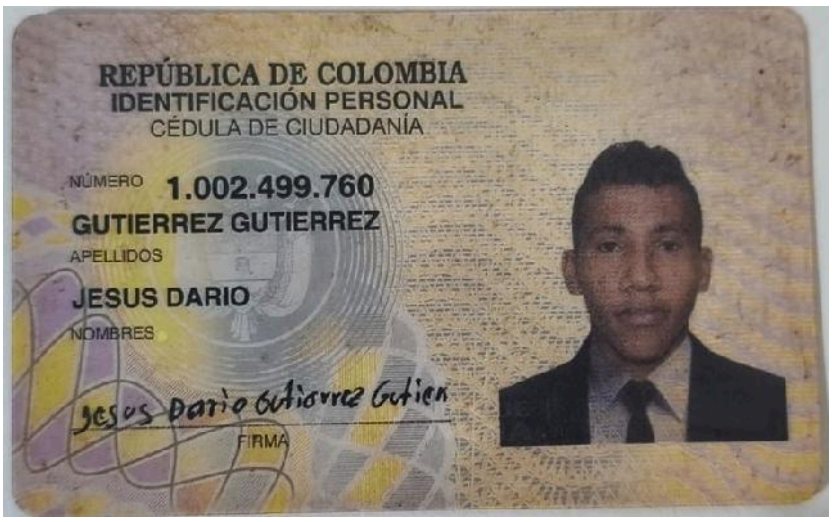
Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.499.760
GUTIERREZ GUTIERREZ
APELLIDOS
JESUS DARIO
NOMBRES
Jesus Dario Gutierrez Gutier
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1999
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-MAR-2017 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
INDICE DERECHO
P-0502800-00905046-M-1002499760-20170513 0055414855A 1 47623440
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 14 de September 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002499760	GUTIERREZ GUTIERREZ JESUS DARIO	15/09/2026		16825312	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2026 15:30:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 198.143.52.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017531830	1|4|0|9|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** Colectiva ☐ **C.** Institucional ☐ **D.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — **A.** Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐ **D.** Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — **A.** Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUTIERREZ	GUTIERREZ	JESUS	DARIO

9.Tipo documento de Identidad CC

10.Número del documento de Identidad 1002499760

11.Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒

12.Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad COLOMBIA

14.Lugar Nacimiento Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:

15.Fecha Nacimiento 1|8|0|2|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6

17.Comunidad

18.Discapacidad Si ☐ No ☒

Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒

20.Clasificación SISBEN Nivel Grupo

21.Grupo población especial

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.

23. Administradora de Pensiones

24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1750905

25. Tarifa Contribución Solidaria

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 92 SUR 77 G 44 PI 2		3044869894	GJESUSDARIO3@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad

29. Número documento identidad

30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐

31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad

33.Lugar Nacimiento Pais: Departamento: Municipio:

34.Fecha Nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO	VSVILLAORI - VSVILLAORI
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS	NIT	901298855	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
DG 35 A 15 A 54	3133897031	HUGOV.000@HOTMAIL.COM	CUNDINAMARCA	SOACHA

No de Radicacion
4017531830

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|5|0|9|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

	Hugo Sanchez
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	**Código del Departamento** ☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.499.760**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Septiembre 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	: 1002499760
Nombre	: JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/09/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/09/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:31:54 PM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002499760**
Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ GUTIERREZ JESUS DARIO**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302904234

PIB
15:33:08

Bogotá DC, 14 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002499760:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 14 de septiembre de 2026, a las 15:33:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002499760
Código de Verificación	1002499760260914153357

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000632449

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **12/09/2026 09:31:38** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1002499760** Nombre **JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ** Sexo **M** Edad **27 Años**

Teléfono **3044869894** Dirección **CR 41 # 76 - 04 SUR**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE



María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.002.499.760**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ

CR 41 # 76 - 04 SUR, BOGOTÁ

304 486 9894

gjesusdario3@gmail.com

18/02/1999

Colombia

Cédula : 1.002.499.760

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
12	09	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ
C.C.: 1002499760

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **12/09/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ	NOMBRE: MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE- SST

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.002.499.760 de Magangué, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de **AYUDANTE** durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución del **Contrato de Obra No. ICCU-CTO-138 DE 2025.** Con **Objeto:** INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MEDINA, GUAVIO, ORIENTE Y SOACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA LOTE 1**., El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más auxilio de transporte por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095). Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 14 de septiembre de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1.002.499.760

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Bogotá - Colombia

SOFÁN Ingenieria S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																								RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla M	PANTALON Talla 39	BOTAS MATERIAL Talla 40		
17/09/2026	✓	✓	✓	✓	✓	✓																	✓	✓	✓	Jesus Gutierrez	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **JESUS DARIO GUTIERREZ** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.002.499.760** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Jesus Gutierrez

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACIÓN

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
Residente SST: ING. MARCELA PINTO B.
Residente Ambiental: ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas		✓		Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓			✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Jesus D. Gutierrez CÉDULA: 1002499760. RH: A+
DIRECCIÓN: Cr 41 #76-04 sur. LOCALIDAD: Bogota.
TEL / CEL: 3044869894 CARGO: Ayudante.
FECHA NACIMIENTO: 18-02-1999 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 16-09-26.
ARL: Sura EPS: S. Total. AFP: Porvenir EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO
RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:
FIRMA EMPLEADO: Jesus Dario Gutierres FECHA: 16-09-26.

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		FECHA	HORA:	TEMA
				17/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR		
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE	

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	JESUS DARIO GUTIERREZ	1,002,499,760	AYUDANTE DE OBRA	Jesus G.	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: Jesus Dano Gutierrez	**Cedula:** 1002499760.
Fecha: 16/09/2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d-Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. ambiental ✓ b. tabaco ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ___✓___ ✓ b. Al siguiente día _____ c. Cuando me acuerde _____ d. Días después porque me surgió un dolor _____ e. A la semana siguiente _____	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. biologico ✓ b. fisico ✓ c. ergonomico ✓	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable ✓ b-bolsa negra → Desechos químicos ✓ c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos ✓ d-Bolsa roja → No aprovechables ✓	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria ✓ b- Guantes ✓ c- Botas con puntera ✓ d- Impermeable e- Overol ✓ f- Gorra g- Protección auditiva ✓ h- Monogafas ✓ i- Camisa de manga corta J- Casco ✓	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. cc/ ✓ b. copas ✓	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	100%
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Jesus Dario Gutierrez

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 14 de septiembre de 2026

Señor
JESUS DARIO GUTIERREZ GUTIERREZ
CC: 1.002.499.760

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.002.499.760

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.193.172.918**

RODRIGUEZ MANCILLA

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1980**

MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-SEP-2008 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0502800-00171641-M-1193172918-20090821 **00152**59952A 1 28242558

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:26:50 PM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1193172918**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ MANCILLA LUIS ALBERTO**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302911906

PIB
16:28:18

Bogotá DC, 14 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193172918:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 14 de septiembre de 2026, a las 16:28:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193172918
Código de Verificación	1193172918260914162856

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

Medellín, 14 de Septiembre 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, 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
C1193172918	RODRIGUEZ MANCILLA LUIS ALBERTO	10/06/2026		b7173EV4	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:C799202512625758823

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2026 16:20:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 198.143.52.7, 172.16.42.57

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA identificado(a) con C.C No. 1.193.172.918, 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 14 de septiembre de 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.



COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC 1193172918
Nombres:	LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2026-06-10
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	BOLIVAR MAGANGUE

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	134300085301 - CORPORACION VIDA Y SALUD MAGANGUE IPS

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-09-14 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-10-14

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA identificado(a) con C.C No. 1.193.172.918, 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 14 de septiembre de 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.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Septiembre 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	: 1193172918
Nombre	: LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/10
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
JL2Q82dZH

Vigilado Supersubsidio

LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA

Calle 43 C # 32 B 63 Este, SOACHA

305 257 1878

Luchorodriguez410@gmail.com

14/01/1980

Colombia

Cédula : 1.193.172.918

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000616868

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **06/06/2026 08:38:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1193172918** Nombre **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ** Sexo **M** Edad **46 Años**

Teléfono **3135426038** Dirección **NO REFIERE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SISBEN**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **NO TIENE**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **06/06/2026 08:38:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1193172918** Nombre **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ** Sexo **M** Edad **46 Años**

Teléfono **3135426038** Dirección **NO REFIERE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SISBEN**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **NO TIENE**

RECOMENDACIONES

USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

NO FIRMA

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
06	06	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA
C.C.: 1193172918

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **06/06/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

NO FRIMA (HUELLA) 	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA	NOMBRE: MARCELA PINTO
CARGO: AYUDANTE	CARGO:RESIDENTE - SST

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 06 de junio de 2026

Señor
LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA
CC: 1.193.172.918

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

NO PLICA FIRMA



FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.193.172.918

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.193.172.918**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 14 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ AMNCILLA** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.193.172.918**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.193.172.918 de Magangué, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de AYUDANTE durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución de los contratos venideros. **El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más una bonificación por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095), por conceptos de transporte. Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 09 de junio de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

NO APLICA FIRMA



EL TRABAJADOR
C.C.: 1193172918

Diagonal 35ª N 15ª 54
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Bogotá - Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																									RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla M	PANTALÓN Talla 39	BOTAS MATERIAL Talla 40		
01/09/2026	✓	✓	✓	✓	✓	✓										✓							✓	✓	✓	LUIS R	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.193.172.918** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: LUIS R

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACIÓN

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
Residente SST: ING. MARCELA PINTO B.
Residente Ambiental: ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)	✓	✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas	✓			Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓			✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Luis Alberto Rodriguez Mancilla CÉDULA: 1193172918 RH: A+

DIRECCIÓN: Cll 43C # 32B-63 LOCALIDAD: Soacha

TEL / CEL: 3052571878 CARGO: Ayudante

FECHA NACIMIENTO: 14-01-1980 CONTRATISTA: Urbanoz FECHA INGRESO A EMPRESA: 16-09-26

ARL: SURA EPS: Coosalud AFP: Colfondos EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: LUIS A. R FECHA: 17-09-2026.

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		FECHA	HORA:	TEMA
				19/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR	
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	LUIS ALBERTO RODRIGUEZ	1,193,172,918	AYUDANTE DE OBRA	LUIS R	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: Luis alberto Rodriguez	**Cedula:**
Fecha: 16/09/2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d- Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. alcoholismo ✓ b. ambiental ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ___X___ ✓ b. Al siguiente día _____ c. Cuando me acuerde _____ d. Días después porque me surgió un dolor _____ e. A la semana siguiente _____	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. FISICO b. QUIMICO c. VIRUS	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable b-bolsa negra → Desechos químicos c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos d-Bolsa roja → No aprovechables	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria b- Guantes c- Botas con puntera d- Impermeable e- Overol f- Gorra g- Protección auditiva h- Monogafas i- Camisa de manga corta j- Casco	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. Copasst b. ccl	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	100%
FIRMA DEL TRABAJADOR: Luis rodriguez	

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 06 de junio de 2026

Señor
LUIS ALBERTO RODRIGUEZ MANCILLA
CC: 1.193.172.918

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

NO PLICA FIRMA



FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.193.172.918

KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN

DG 48 D # 05 17, BOGOTÁ

302 395 8974

kb9296465@gmail.com

28/04/2001

Colombia

Cédula : 1001057924

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera
- Aplicación de asfalto y concreto



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.057.924

BENAVIDES BETIN

APELLIDOS

KEVIN MAURICIO

NOMBRES

Benavides Betin Kevin M

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

AB+
G.S. RH

M
SEXO

02-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01373923-M-1001057924-20230811 0136251277G 1 9924313298

Medellín, 17 de September 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1001057924	BENAVIDES BETIN KEVIN MAURICIO	18/09/2026		6m154602	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 17/09/2026 23:57:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 192.230.104.9, 172.16.42.57

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 17/09/2026, el empleador URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS identificado con NIT 901298855 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
17/09/2026	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4017554347	CEDULA DE CIUDADANIA	1001057924	KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN	$ 1,750,905.00	Dependiente	18/09/2026

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes September del año 2026

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BENAVIDES BETIN KEVIN MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **1.001.057.924** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de mayo de 2019 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 17 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 17 de Septiembre de 2.025

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	: 1001057924
Nombre	: KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/09/17
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/09/18
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a Señores 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 Ramirez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código YD3CprkBV

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:53:32 AM horas del 17/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1001057924**

Apellidos y Nombres: **BENAVIDES BETIN KEVIN MAURICIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293825475

PIB
10:54:09

Bogotá DC, 17 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1001057924:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 17 de septiembre de 2026, a las 10:54:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1001057924
Código de Verificación	1001057924260405204751

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000569974

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS FECHA 21/11/2025 11:43:30

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

NOMBRE Y APELLIDO:KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN **C.C** 1001057924

EDAD 24 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. /REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Anderson Yilmar Gómez Ávila
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 80796995 RM 991178/2011
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 17 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.001.057.924**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 17 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.001.057.924**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
21	11	2025
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN
C.C.: 1001057924

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **21/11/2025** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

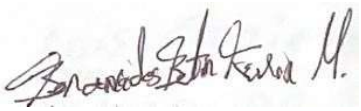
USO DE LENTES PARA LABORAR CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. /REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN	NOMBRE: MARCELA PINTO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE SST

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.001.057.924 de Bogotá, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de AYUDANTE durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución de los contratos venideros. **El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más una bonificación por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095), por conceptos de transporte. Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 17 de septiembre de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1001057924

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Bogotá - Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN (URBANUZ) CARGO: AYUDANTE OBRA

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																									RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla L	PANTALON Talla 36	BOTAS MATERIAL Talla 41		
18/09/2026	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓							✓							✓	✓	✓	Kevin B	Jur B.

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN identificado con cedula de ciudadania No. 10011057924 declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Kevin Benavides

FIRMA RESIDENTE SST: Marcela Pinto Blanco
RES. No. 5506/10/06/2009
R.N: 0901/12/07/2019

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS	ORGANIZACIÓN
Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025	Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
	Residente SST ING. MARCELA PINTO B.
	Residente Ambiental ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.



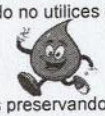
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.



* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.



* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas		✓		Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓				

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Kevin Benavides CÉDULA: 1001057924 RH: AB+
DIRECCIÓN: Dg 48D#05-17 LOCALIDAD: Bosa
TEL / CEL: 3023958974 CARGO: Ayudante
FECHA NACIMIENTO: 28-Abril-2001 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 18-09-2026
ARL: Sura EPS: S. Total AFP: Proteccion EXÁMENES MÉDICOS: SI ✓ NO
RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:
FIRMA EMPLEADO: Benavides Kevin FECHA: 18-09-2026

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

				FECHA	HORA:	TEMA
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		18/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

		LUGAR	OBJETIVO
FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR	
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	KEVIN MAURICIO BENAVIDES	10,011,057,924	AYUDANTE DE OBRA	Kevin B	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN	**Cedula: 1.001.057.924**
Fecha: 21 / 09 /2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**
TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d-Todas las anteriores X	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. ambiental b. SST.	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo:

a. Fisico ✓

b. quimico ✓

c. virus ✓

1

4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta.

a- Bolsa verde	Material Reciclable
b-bolsa negra	Desechos químicos
c-Bolsa blanca	Desechos orgánicos ✓
d-Bolsa roja	No aprovechables

✓

1

5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro

a- Protección Respiratoria	f- Gorra
b- Guantes	g- Protección auditiva ✓
c- Botas con puntera	h- Monogafas
d- Impermeable	i- Camisa de manga corta
e- Overol	j- Casco

1

7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo.

a. Copas ✓

b. CCL ✓

1

TOTAL, CALIFICACIÓN:

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

100%

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Kevin Benavides

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 21 de nov de 2025

Señor
KEVIN MAURICIO BENAVIDES BETIN
CC: 1.001.057.924

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.001.057.924


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.049.945.886

PEREZ URBINA

APELLIDOS

ADIS MANUEL

NOMBRES

Adis manuel . P.

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1998

MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-FEB-2017 MARIA LA BAJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0504000-00895142-M-1049945886-20170408 0054861131A 1 47611971

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **ADIS MANUEL PEREZ URBINA** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.049.945.886**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:47:58 PM horas del 20/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1049945886**
Apellidos y Nombres: **PEREZ URBINA ADIS MANUEL**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303266654

PIB
21:58:46

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADIS MANUEL PEREZ URBINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1049945886:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 20 de septiembre de 2026, a las 21:56:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1049945886
Código de Verificación	1049945886260920215624

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

Medellín, 20 de September 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1049945886	PEREZ URBINA ADIS MANUEL	21/09/2026		32215c18	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/09/2026 21:15:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017561497	2|0|0|9|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PEREZ	URBINA	ADIS	MANUEL

9.Tipo documento de Identidad CC

10.Número del documento de Identidad 1049945886

11.Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒

12.Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad COLOMBIA

14.Lugar Nacimiento Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:

15.Fecha Nacimiento 1|5|0|3|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6

17.Comunidad

18.Discapacidad Si ☐ No ☒

Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒

20.Clasificación SISBEN Nivel Grupo

21.Grupo población especial

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.

23. Administradora de Pensiones

24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1750905

25. Tarifa Contribución Solidaria

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 44B 20 64		3224185825	ADISMANUELPEREZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad

29. Número documento identidad

30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐

31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad

33.Lugar Nacimiento Pais: Departamento: Municipio:

34.Fecha Nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS

56. Tipo de identificación NIT

57. Numero de documento de Identificación 901298855

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

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
DG 35 A 15 A 54	3133897031	HUGOV.000@HOTMAIL.COM	CUNDINAMARCA	SOACHA

No de Radicacion
4017561497

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|1|0|9|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ URBINA ADIS MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.049.945.886** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2018 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 20 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Septiembre 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	: 1049945886
Nombre	: ADIS MANUEL PEREZ URBINA
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/09/20
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/09/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000633666

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **19/09/2026 10:33:07** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1049945886** Nombre **ADIS MANUEL PEREZ URBINA** Sexo **M** Edad **28 Años**

Teléfono **3224185825** Dirección **CL 44 B 20 64**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **PROTECCION**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS/
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **19/09/2026 10:33:07** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1049945886** Nombre **ADIS MANUEL PEREZ URBINA** Sexo **M** Edad **28 Años**

Teléfono **3224185825** Dirección **CL 44 B 20 64**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **PROTECCION**

ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE



Anderson Yilmar Gómez Ávila
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 80796995 RM 991178/2011
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ADIS MANUEL PEREZ URBINA

CL 44 B # 20 - 64, SOACHA, CUNDINAMARCA

322 418 5825

adismanuel4@gmail.com

15/03/1998

Colombia

Cédula : 1.049.945.886

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **ADIS MANUEL PEREZ URBINA** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.049.945.886**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
19	09	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ADIS MANUEL PEREZ URBINA
C.C.: 1049945886

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **19/09/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS/ CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. /REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
ADIS MANUEL PEREZ URBINA	NOMBRE: MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE- SST

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACION

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
Residente SST: ING. MARCELA PINTO B.
Residente Ambiental: ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	X	
	Temperatura	X			Electrico (exposiciòn o contacto)	X	
	Falta de iluminación	X			Pisos resbalosos	X	
	Vibraciones	X			Escaleras y Barandas	X	
Riesgo Químico	Material particulado	X			Almacenamiento inadecuado	X	
	Manipulación de sustancias	X			Condiciones de orden y aseo	X	
Riesgo Biológico	Bacterias	X			Tecnológico	X	
	Virus, Hongos	X			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	X	
Riesgo Ergonómico	Posturas	X			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		X
	Levantamiento de cargas	X			Espacios confinados		X
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	X		Fenómenos Naturales	Sismo	X	
	Manipulaciòn de cargas	X			Terremoto	X	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		X		Derrumbes	X	
	Turnos y sobreesfuerzos		X		Inundaciones	X	
	Abuso de autoridad (maltrato)		X				

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Adis Manuel Perez CÉDULA: 1224185825 RH: O+
DIRECCIÓN: Cl 44B #20-64 LOCALIDAD: Soacha
TEL / CEL: 1049945886 Cedula CARGO: Ayudante
FECHA NACIMIENTO: 15-03-1998 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 21-09-2026
ARL: Sura EPS: S. Tota AFP: Proteccion EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO
RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:
FIRMA EMPLEADO: Adis manuel P. FECHA: 21-09-2026

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

				FECHA	HORA:	TEMA
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		21/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS
FORMACIÓN - CAPACITACIÓN				LUGAR		OBJETIVO
				OFICINA CHOACHI		SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.
NOMBRE DEL CAPACITADOR						
MARCELA PINTO BLANCO				FOMEQUE		
FIRMA:				NIVEL		RECURSOS NECESARIOS / Nº DE PERSONAS
				OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA / 1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	ADIS MANUELPEREZ URBINA	1.049.945.886	AYUDANTE DE OBRA	Adis P	4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página 1 de 2

Nombre: ADIS MANUEL PEREZ URBINA	**Cedula: 1.049.945.886**
Fecha: 21 / 09 /2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d-Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. SST ✓ b. copasst ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ✓ b. Al siguiente día c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo:

a. postura ✓

b. virus ✓

c. edvo ✓

1

4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta.

a- Bolsa verde	Material Reciclable
b-bolsa negra	Desechos químicos
c-Bolsa blanca	Desechos orgánicos
d-Bolsa roja	No aprovechables

1

5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro

a- Protección Respiratoria	f- Gorra
b- Guantes	g- Protección auditiva
c- Botas con puntera	h- Monogafas
d- Impermeable	i- Camisa de manga corta
e- Overol	j- Casco

1

7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo.

a. Comité laboral

b. Copast

1

TOTAL, CALIFICACIÓN:

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

100%

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Adis P.

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **ADIS MANUEL PEREZ URBINA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.049.945.886 de Maria La Baja, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de **AYUDANTE** durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución del **Contrato de Obra No. ICCU-CTO-138 DE 2025.** Con **Objeto:** INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MEDINA, GUAVIO, ORIENTE Y SOACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA LOTE 1**., El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más auxilio de transporte por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095). Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 21 de septiembre de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1.049.945.886

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Soacha, Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **ADIS MANUEL PEREZ URBANA** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																								RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla L	PANTALON Talla 36	BOTAS MATERIAL Talla 42		
21-09-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓																	✓	✓	✓	Adis P.	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **ADIS MANUEL PEREZ URBANA** identificado con cedula de ciudadania No. **1049945886** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Adis P.

Marcela Pinto Blanco
RES. No. 5506/10/06/2009
R.N: 0901/12/07/2019

FIRMA RESIDENTE SST:

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 21 de septiembre de 2026

Señor
ADIS MANUEL PEREZ URBINA
CC: 1.049.945.886

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.049.945.886

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000531704

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS FECHA 16/03/2026 07:48:45

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

NOMBRE Y APELLIDO: JOHN JAIRO AMAYA **C.C** 10177351

EDAD 55 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

John Jairo A

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:29:45 PM horas del 20/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **10177351**
Apellidos y Nombres: **AMAYA JOHN JAIRO**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303267766

PIB
23:30:24

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN JAIRO AMAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10177351:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 20 de septiembre de 2026, a las 23:31:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

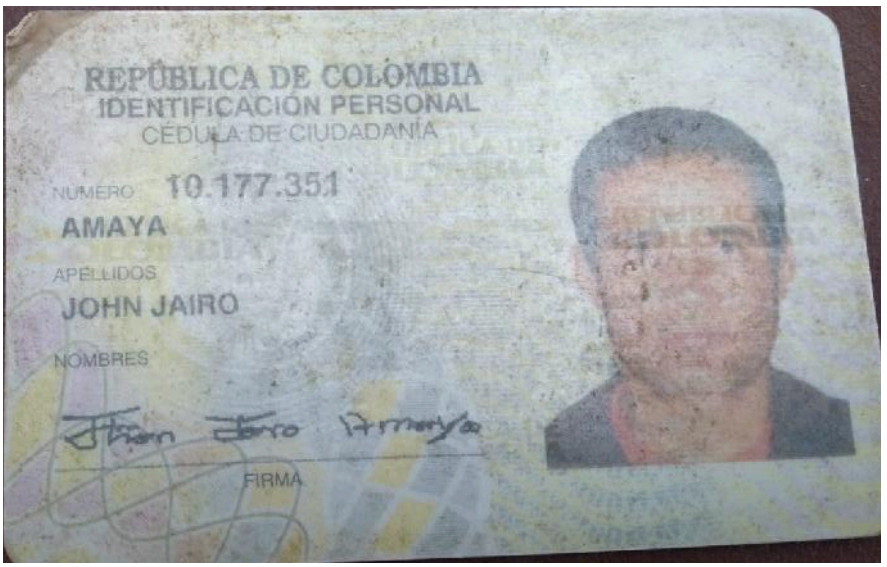
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	10177351
Código de Verificación	10177351260920233100

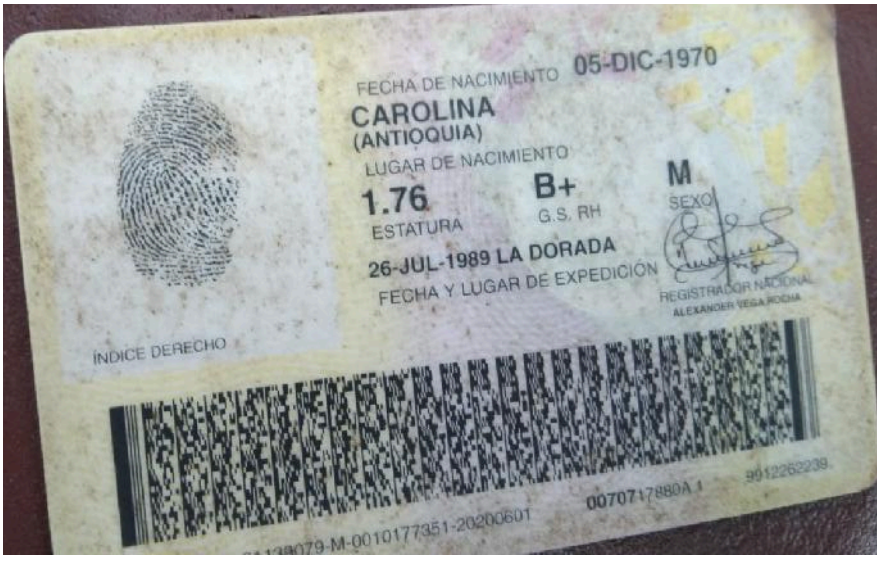
Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 10.177.351
AMAYA
APELLIDOS
JOHN JAIRO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1970
CAROLINA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
26-JUL-1989 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
0070717880A 1
9012262239

Medellín, 20 de Septiembre 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, 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
C10177351	AMAYA JOHN JAIRO	16/03/2026		H1551761	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:C799202512626383523

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 20/09/2026 23:11:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 198.143.52.7, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHN JAIRO AMAYA identificado(a) con CC 10177351 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**06/11/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 20 días del mes septiembre del 2026 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

CERTIFICA QUE:

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

.

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHN JAIRO AMAYA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10177351,** se encuentra afiliado/a desde **03/08/1994** 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 20 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Septiembre 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	: 10177351
Nombre	: JOHN JAIRO AMAYA
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/23
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 32UHu8iHH

Vigilado Supersubsidio

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

JOHN JAIRO AMAYA

CR 12 A # 23 - 27, SOACHA, CUNDINAMARCA

320 885 7624

jamayaj1970@gmail.com

05/12/1970

Colombia

Cédula : 10.177.351

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JOHN JAIRO AMAYA** identificado con cédula de ciudadanía No. **10.177.351**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
16	03	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JOHN JAIRO AMAYA
C.C.: 10177351

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **16/03/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
JOHN JAIRO AMAYA	NOMBRE: MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO:RESIDENTE- SST

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **JOHN JAIRO AMAYA** identificado con cédula de ciudadanía **No. 10.177.351**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **JOHN JAIRO AMAYA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 10.177.351 de La Dorada, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de AYUDANTE durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución de los contratos venideros. **El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más una bonificación por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095), por conceptos de transporte. Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 16 de marzo de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 10177351

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JHON JAIRO AMAYA CARGO: AYUDANTE DE OBRA

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																								RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla	PANTALON Talla	BOTAS MATERIAL Talla	
																							L	36	42	
21-09-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															✓	✓	✓	Johan A.	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, JHON JAIRO AMAYA identificado con cedula de ciudadanía No. 10.177.351 declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

Marcela Pinto Blanco
RES. No. 5506/10/06/2009
R.N: 0901/12/07/2019

FIRMA TRABAJADOR: John Amaya

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACIÓN

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA

Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO

Residente SST: ING. MARCELA PINTO B.

Residente Ambiental: ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.



* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.



* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.



* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	✓		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	✓	
	Temperatura	✓			Electrico (exposición o contacto)	✓	
	Falta de iluminación	✓			Pisos resbalosos	✓	
	Vibraciones	✓			Escaleras y Barandas	✓	
Riesgo Químico	Material particulado	✓			Almacenamiento inadecuado	✓	
	Manipulación de sustancias	✓			Condiciones de orden y aseo	✓	
Riesgo Biológico	Bacterias	✓			Tecnológico	✓	
	Virus, Hongos	✓			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	✓	
Riesgo Ergonómico	Posturas	✓			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		✓
	Levantamiento de cargas	✓			Espacios confinados		✓
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	✓		Fenómenos Naturales	Sismo	✓	
	Manipulaciòn de cargas	✓			Terremoto	✓	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		✓		Derrumbes	✓	
	Turnos y sobreesfuerzos		✓		Inundaciones	✓	
	Abuso de autoridad (maltrato)		✓			✓	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: John Jairo Amaya CÉDULA: 10.177.351 RH: B+

DIRECCIÓN: Cr 12A # 23-27 LOCALIDAD:

TEL / CEL: 3208857624 CARGO: Ayudante

FECHA NACIMIENTO: 05/12/1970 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 21-09-26

ARL: Sura EPS: Famisanar AFP: Colpensiones EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: John Jairo Amaya FECHA: 21-09-2026

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

				FECHA	HORA:	TEMA
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		21/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.
NOMBRE DEL CAPACITADOR			
MARCELA PINTO BLANCO		FOMEQUE	

FIRMA:	NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	JHON JAIRO AMAYA	10.177.351	AYUDANTE DE OBRA	Jhon A.	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: JHON JAIRO AMAYA	**Cedula: 10.177.351**
Fecha: 21 / 09 /2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**
TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. X Todas las anteriores	1
2- Que políticas tiene la empresa: a._____ b._____	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día _____ c. Cuando me acuerde _____ d. Días después porque me surgió un dolor _____ e. A la semana siguiente _____	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. ruido b. clima c. virus	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable b-bolsa negra → Desechos químicos c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos d-Bolsa roja → No aprovechables	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria b- Guantes c- Botas con puntera d- Impermeable e- Overol f- Gorra g- Protección auditiva h- Monogafas i- Camisa de manga corta j- Casco	9,5
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. SST b. ambiental	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	% 9,5
FIRMA DEL TRABAJADOR:	John Jairo Amaya

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 16 de marzo de 2026

Señor
JOHN JAIRO AMAYA
CC: 10.177.351

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 10.177.351

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.125.878.650

APELLIDOS / NOMBRES
GONZALEZ FONSECA
ESNEYDER FERNEY

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
31-MAR-2008
CARURU - VAUPES

FECHA DE EXPEDICIÓN
06-ABR-2026

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 06-OCT-2026

8518619272
06-ABR-2026

ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA

CL 73 BIS SUR # 77 G - 06, BOGOTÁ

311 566 3849

sneidergonzalezgonzalez@gmail.com

31/03/2008

Colombia

Cédula : 1.125.878.650

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:19:35 PM horas del 20/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1125878650**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ FONSECA ESNEYDER FERNEY**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 20 de septiembre de 2026, a las 23:21:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1125878650
Código de Verificación	1125878650260920232121

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

Generación de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadan

Número Identificación: 1125878650

Tipo de certificado:

(•) Ordinario ( ) Especial

¿Escriba los dos ultimos digitos del documento a consultar?

8

Generar

EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN INGRESADO NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL SISTEMA.

URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
14	04	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA
C.C.: 1125878650

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **11/04/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA	NOMBRE:MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE- SST

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.125.878.650**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

Medellín, 20 de Septiembre 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, 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
C1125878650	GONZALEZ FONSECA ESNEYDER FERNEY	27/05/2026		15914363	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:C799202512626383826

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 20/09/2026 23:16:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 198.143.52.7, 172.16.42.57

CERTIFICA

El(La) Señor(a) ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA identificado(a) con CC 1125878650 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/01/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-CENTRO DE SALUD DE CARURU**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de septiembre del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.125.878.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Septiembre 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	: 1125878650
Nombre	: ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/05/26
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/05/27
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código Idqs9wqWH

Vigilado Supersubsidio

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000606901

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **11/04/2026 08:41:34** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1125878650** Nombre **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA** Sexo **M** Edad **18 Años**

Teléfono **3115663849** Dirección **SOACHA**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **NUEVA EPS**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[x]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Sneider

FIRMA DEL PACIENTE



María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 21 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA** identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.125.878.650**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.125.878.650 de Bogotá, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de AYUDANTE durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución de los contratos venideros. **El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1'750.905) más una bonificación por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095), por conceptos de transporte. Para un total de dos millones de pesos ($ 2'000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1'000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 14 de abril de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 1125878650

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA** CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																								RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla	PANTALON Talla	BOTAS MATERIAL Talla	
																							L	36	40	
18-09-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓														✓	✓	✓	Snejder G

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.125.878.650** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPP y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Snejder Gon.

FIRMA RESIDENTE SST: Marcela Pinto Blanco
RES. No. 5506/10/06/2000
R.N: 0901/12/07/2019

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS	ORGANIZACION
Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025	Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
	Residente SST ING. MARCELA PINTO B.
	Residente Ambiental ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD



* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa



* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	X	
	Temperatura	X			Electrico (exposición o contacto)	X	
	Falta de iluminación	X			Pisos resbalosos	X	
	Vibraciones	X			Escaleras y Barandas	X	
Riesgo Químico	Material particulado	X			Almacenamiento inadecuado	X	
	Manipulación de sustancias	X			Condiciones de orden y aseo	X	
Riesgo Biológico	Bacterias	X			Tecnológico	X	
	Virus, Hongos	X			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	X	
Riesgo Ergonómico	Posturas	X			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		X
	Levantamiento de cargas	X			Espacios confinados		X
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	X		Fenómenos Naturales	Sismo	X	
	Manipulación de cargas		X		Terremoto	X	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		X		Derrumbes	X	
	Turnos y sobreesfuerzos		X		Inundaciones	X	
	Abuso de autoridad (maltrato)		X			X	

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Esneyder Gonzalez CÉDULA: 1,075,878,650 RH: o+

DIRECCIÓN: 3115663849 LOCALIDAD: Bosa.

TEL / CEL: Cl 73 Bis Sur #776-06 CARGO: ayudante

FECHA NACIMIENTO: 31-03-2008 CONTRATISTA: Urbanz. FECHA INGRESO A EMPRESA: 18-09-26.

ARL: Sura EPS: N. EPS. AFP: Porvenir EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: Sneyder G. FECHA: 18-09-26.

Consorcio SOFAN C-031

CONTROL DE INDUCCION, ENTRENAMIENTO Y ASISTENCIA

CÓDIGO:SFI-SST-FOR-005
VERSION 02
FECHA: FEBRERO DE 2022

INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		FECHA	HORA:	TEMA
				21/09/2026	07:00 a. m.	* INDUCCIÓN SST: NOTIFICACIÓN DE RIESGOS. * REGLAMENTO INTERNO, REGLAMENTO HIGIENE, POLÍTICA SST, POLÍTICA NO ALCOHOL, POLÍTICA NO TABACO, POLÍTICA NO DROGAS, COPASST, COMITÉ CONVIVENCIA, PUNTO DE ENCUENTRO Y GENERALIDADES EMERGENCIAS

FORMACIÓN - CAPACITACIÓN		LUGAR	OBJETIVO
		OFICINA CHOACHI	SE DEJAN CLAROS LOS TEMAS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO, IGUALMENTE SE SOCIALIZAN LAS POLITICAS DE LA EMPRESA.

NOMBRE DEL CAPACITADOR	
MARCELA PINTO BLANCO	FOMEQUE

FIRMA:

NIVEL		RECURSOS NECESARIOS	Nº DE PERSONAS
OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	TABLERO, ESFERO PAPELERIA	1

PARTICIPANTES

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	CALIFICACION (1-5)
1	ESNEYDER FERNEY GONZALEZ	1.125.878.650	AYUDANTE DE OBRA		4,5
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Consorcio SOFAN C-031	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATOS No: 027	SFI-SST-FOR-027
	☑ **SG-SST**	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	**Fecha:**	Enero- 2021
	Versión:	001
		Página **1** de **2**

Nombre: ESNEYDER FERNEY GONZALEZ	**Cedula: 1.125.878.650**
Fecha: 21 / 09 /2026	**Cargo: AYUDANTE DE OBRA**

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
PROHIBICIONES EN OBRA 1-Marque con x la respuesta verdadera: a- Prohibido consumir Licor b- Prohibido consumir sustancias psicoactivas c- Prohibido las peleas riñas o maltratos. d-Todas las anteriores ✓	1
2- Que políticas tiene la empresa: a. tabaco ✓ b. SST. ✓	1
3. Marque con una X la respuesta correcta, Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ___X___ ✓ b. Al siguiente día _____ c. Cuando me acuerde _____ d. Días después porque me surgió un dolor _____ e. A la semana siguiente _____	1

4- Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo: a. FISICO ✓ b. quimico. ✓ c. polvo ✓	1
4. Al reciclar debemos utilizar las bolsas de la siguiente manera: marca con una flecha la respuesta correcta. a- Bolsa verde → Material Reciclable ✓ b-bolsa negra → Desechos químicos ✓ c-Bolsa blanca → Desechos orgánicos ✓ d-Bolsa roja → No aprovechables ✓	1
5. Marca con una x los EPPs que vas a usar para realizar el trabajo seguro a- Protección Respiratoria ✓ b- Guantes ✓ c- Botas con puntera ✓ d- Impermeable ✓ e- Overol ✓ f- Gorra ✓ g- Protección auditiva ✓ h- Monogafas ✓ i- Camisa de manga corta ✓ J- Casco ✓	1
7- Mencione los 2 comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. a. convivencio laboral ✓ b. copas ✓	1
TOTAL, CALIFICACIÓN:	
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	%100
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Sneyder Gonzalez

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a Nº 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Fecha: 14 de abril de 2026

Señor
ESNEYDER FERNEY GONZALEZ FONSECA
CC: 1.125.878.650

ASUNTO: ***NOTIFICACIÓN EXAMEN DE EGRESO***

Cordial Saludo,

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS., se permite informarle que, una vez finalizada la relación laboral con la empresa, usted tendrá la posibilidad de practicarse los exámenes médicos de egreso dentro de lo establecido por la ley. Se notifica que tiene 5 días después de terminada la relación laboral para realizarse dicho examen.

Lo anterior, teniendo en cuenta las disposiciones legales del Numeral 3 Artículo 3 de la Resolución 2346 del 2007,

Sin otro particular.

Cordialmente,

HUGO SÁNCHEZ
Representante Legal

FIRMA DEL NOTIFICADO
CC. 1.125.878.650



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1985**

COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-JUL-2003 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2903400-01221511-M-0093445969-20210312 **0073**714066A 1 9914974129

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **93.445.969**
POLOCHE LOAIZA

APELLIDOS
RUSBEL

NOMBRES

Rusbel Poloche

FIRMA



URBANÚZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.	**Formato**	VERSIÓN:1
	Carta Recomendaciones Médicas Laborales	FECHA EDICIÓN 18-06-2021

Fecha		
22	096	2026
Bogotá D.C.		

NOMBRE DEL TRABAJADOR: RUSBEL POLOCHE LOAIZA
C.C.: 93445969

CARGO: AYUDANTE

El compromiso del **CONSORCIO C-031** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores, por lo tanto, le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO DE INGRESO	MEDICO PERIODICO	MEDICO EGRESO
X		

Realizado el **22/09/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan a continuación:

RECOMENDACIONES:

CONTROL OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PARA LECTURA/ EVITAR ACTIVIDADES ELECTRICAS/ CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico.

Agradecemos, notifique al Área SS, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde el CONSORCIO, desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Rusbel Poloche	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA - SST
RUSBEL POLOCHE LOAIZA	NOMBRE:MARCELA PINTO BLANCO
CARGO: AYUDANTE	CARGO: RESIDENTE - SST

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha – Cundinamarca, 23 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **RUSBEL POLOCHE LOAIZA** identificado con cédula de ciudadanía No. **93.445.969**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos debido a que no ha cursado estudios formales certificados.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 - 8

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:15:25 PM horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93445969**
Apellidos y Nombres: **POLOCHE LOAIZA RUSBEL**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303542999

PIB
17:19:24

Bogotá DC, 23 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RUSBEL POLOCHE LOAIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93445969:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 23 de septiembre de 2026, a las 17:19:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	93445969
Código de Verificación	93445969260923171914

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Generó: WEB

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 DEL 13 DE OCTUBRE DEL 2022

Por la cual se aclara la resolución No 3930 de 18/08/2020

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., Resolución No. 2318 de 1996 del Ministerio de salud y especial por las que les confiere la Resolución No. 1429 del 19 de marzo de 1997; Resolución No. 4502 del 28/12/2012 y Artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución No. 3930 de 18 de agosto de 2020, se renovó licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo antes Salud Ocupacional a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que para la fecha de expedición de la Resolución No. 3930 de 18/08/2020 estaba vigente la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, la cual en su artículo sexto establece: *"Las Licencias tendrán una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas en un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación"*.

Que el artículo primero de la Resolución No. 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, determinó renovar la licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264, como Persona Jurídica.

Que el artículo sexto determina notificar esta resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta secretaria, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Que por medio de correo electrónico enviado el 13/10/2022, el señor JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA en calidad de Representante Legal, solicitó *"se rectifique la Licencia No. 3930 de fecha 18/08/20120"*, en el sentido de corregir los campos de acción, que en el artículo segundo de dicha resolución no se incluyó * INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Que una vez analizada la solicitud, esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud procederá a realizar la aclaración del artículo segundo de la Resolución No. 3930 de 18 de agosto del 2020, por cuanto revisado esta resolución, si se incurrió en yerro frente al no incluir el campo de acción en INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION No. 0206 de 13 de octubre del 2022

Por la cual se aclara la resolución 3930 de 18 de agosto del 2022

En mérito de lo expuesto, esta Dirección,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ACLARAR el artículo segundo de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020, en el siguiente sentido:

"ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgos Psicosocial)
- INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA
- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
- DISEÑO, ADMINSITRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO SEGUNDO: Confirmar los demás artículos de la Resolución 3930 de fecha 18 de agosto del 2020.

ARTÍCULO TERCERO: Notificar el presente acto administrativo.

Dada en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de octubre del 2022.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Proyecto: Clara V. / Yilber A.

RUSBEL POLOCHE LOAIZA

CIALLE 62I #75-21 SUR, BOGOTÁ

323 974 8324

poloche02rusbel@gmail.com

07/02/1985

Colombia

Cédula : 93.445.969

Perfil

Soy una persona responsable y de confianza con el trabajo que se me asigna, puntual en la entrega de cualquier actividad que deba realizar, exigente con el desempeño de las actividades diferentes que se tenga que hacer.

Habilidades

- Apoyo en construcción
- Remates
- Preparación de superficies
- Manejo de herramientas manuales y maquinaria ligera

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000633923

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [x]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/09/2026 08:48:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 93445969** Nombre **RUSBEL POLOCHE LOAIZA** Sexo **M** Edad **41 Años**

Teléfono **3239748324** Dirección **CL 62 I NO 75-21**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NINGUNA** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]
Visiometría	[x]
Optometría	[ ]
Audiometría	[x]
Espirometría	[x]
Valortación psicologica	[ ]
Coord. Motriz	[ ]
Electrocardiograma	[ ]
Rx	[ ]
Psicosensométrico	[ ]

Exámenes de laboratorio SI [ ] NO [x]

Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] PL [ ] Otros [ ]

¿Cuáles?

Radiografías

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

CONCEPTO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PARA LECTURA/ EVITAR ACTIVIDADES ELECTRICAS/ CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [x]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/09/2026 08:48:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 93445969** Nombre **RUSBEL POLOCHE LOAIZA** Sexo **M** Edad **41 Años**

Teléfono **3239748324** Dirección **CL 62 I NO 75-21**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901298855 - URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **BOLIVAR** Fondo de pensión **PORVENIR**

BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

Rusbel Poloche

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Pablo E. Salinas E.
Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Medellín, 22 de September 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 URBANUZ CONTRUCCIONES HS 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C93445969	POLOCHE RUSBEL	23/09/2026		s1452172	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 22/09/2026 20:43:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.183.47, 192.230.104.9, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017590901	2|3|0|9|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐
No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
POLOCHE	LOAIZA	RUSBEL	

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	93445969	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			0|7|0|2|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 62 I 75 21 SUR		3239748324	POLOCHE02RUSBEL@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	CIUDAD BOLIVAR	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS	NIT	901298855	

59.Ubicación

DG 35 A 15 A 54	3133897031	HUGOV.000@HOTMAIL.COM	CUNDINAMARCA	SOACHA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4017590901

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|3|0|9|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

RUSBEL POLOCHE LOAIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.445.969**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Septiembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Septiembre 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	: 93445969
Nombre	: RUSBEL POLOCHE LOAIZA
Empresa/Contratante	: URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901298855
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/09/23
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/09/23
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código BnlmgT2HH

Vigilado Supersubsidio

URBANUZ CONSTRUCCIONES HS S.A.S.

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN NIT 901298855 - 8
Dirección: Diagonal 35a N° 15a - 54, Jardín de los Rosales - Soacha
TEL: 840 0389 CEL: 313 389 7031 - 304 568 4070
E-mail: hugov.000@hotmail.com - urbanuzc.sas@gmail.com

Soacha - Cundinamarca, 23 de septiembre de 2026

Señores

A quien interese

Asunto: Aclaración sobre formación académica

Por medio de la presente, se deja constancia de que el señor **RUSBEL POLOCHE LOAIZA** identificado con cédula de ciudadanía No. **93.445.969**, vinculado en calidad de **AYUDANTE**, no cuenta con soportes académicos ni certificación para el manejo de maquinaria amarilla, en razón a que no posee los permisos requeridos para dicha labor.

Esta información se registra con fines administrativos y será anexada a su expediente laboral.

Sin otro particular, se firma para constancia.

Atentamente,

Nicol Dayanna Sánchez Buitrago

NICOL DAYANNA SÁNCHEZ BUITRAGO
Auxiliar Administrativa
URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS
Nit 901.298.855 – 8

CONTRATO DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Entre los suscritos **HUGO VICENTE SANCHEZ ZAMORA** mayor de edad identificado con C.C. **79.920.251** quien obra en representación de representante Legal de la empresa **URBANUZ CONSTRUCCIONES HS SAS** con **NIT. 901.298.855 – 8** y quiense denomina el **EMPLEADOR** para todos los efectos de este contrato **RUSBEL POLOCHE LOAIZA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 93.445.969 de Coyaima, quien se denominará el **TRABAJADOR** se ha celebrado el contrato individual de trabajo por la obra y labor, que se regirá bajo las siguientes disposiciones legales y por las siguientes clausulas. 1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal del trabajo en el oficio de **AYUDANTE** durante el tiempo que para su especialidad del trabajo lo requiera la ejecución del **Contrato de Obra No. ICCU-CTO-138 DE 2025.** Con **Objeto:** INTERVENCIÓN DE LAS VÍAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE CAMINOS VECINALES, CAMINOS PARA QUEDARSE, EN LAS PROVINCIAS DE MEDINA, GUAVIO, ORIENTE Y SOACHA, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA LOTE 1**., El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada). 2.** Ambas partes convienen en que este contrato no tendrá periodo de prueba además que cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso de acuerdo con la ley. **3**. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, quedando pactado el valor de un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos ($ 1’750.905) más auxilio de transporte por valor de doscientos cuarenta y nueve mil noventa y cinco pesos ($ 249.095). Para un total de dos millones de pesos ($ 2’000.000) con pagos quincenales de un millón de pesos ($ 1’000.000). Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley **4.** El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo con las instrucciones dadas por el empleador, además no podrá emplearse al servicio de otro empleador ni hacer negocios propios de cualquier índole. **5**. El empleador no dará ninguna remuneración por concepto de liquidación de prestaciones sociales, de acuerdo con lo indicado anteriormente numeral 3. **6**. El empleador realizar la afiliación y correspondiente aporte a parafiscales, dotar al TRABAJADOR de los elementos de trabajo necesarios para el correcto desempeño de la gestión contratada. **7.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Se deja constancia de que el trabajador comienza su trabajo al empleador desde 23 de septiembre de 2026, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de las prestaciones y sus consecuencias.

EL EMPLEADOR
Nit. 901.298.855 – 8

EL TRABAJADOR
C.C.: 93.445.969

Carrera 32ª # 43 Este 62
Oficina Soacha/Cundinamarca
Tels.: 313 389 7031 / 301 685 9258
Email: urbanuzc.sas@gmail.com
Soacha, Colombia

SOFÁN Ingeniería S.A.S	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y UNIFORMES	Versión: 02 SFI-SST-FOR-020 Enero 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: RUSBEL POLOCHE LOAIZA CARGO: AYUDANTE DE OBRA

CONSORCIO SOFAN C-031

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD																									RECIBIDO POR	ENTREGADO POR
	CASCO	TAFILETE	TAPA OIDOS INSERCIÓN	PROTECCION RESPIRATORIA	GAFAS TRANSPARENTES	GAFAS OSCURAS	CARETA	GUANTES TIPO INGENIERO	GUANTES DE NITRILO	GUANTES TIPO SOLDADOR	MANGAS DECARNAZA	CAPUCHAS	DELANTAL EN CARNAZA	POLAINAS	CHALECO	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS DE CAUCHO	TAPAOIDOS DE COPA	KIT DE BIOSEGURIDAD				CAMISA Talla	PANTALON Talla	BOTAS MATERIAL Talla		
																								L	36	41		
23/09/2026	✓	✓	✓	✓	✓																			✓	✓	✓	Rusbel P	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Yo, **RUSBEL POLOCHE LOAIZA** identificado con cedula de ciudadanía No. **93.445.969** declaro que recibí entrenamiento en el uso y mantenimiento de los EPPs y que además, conozco y acepto las siguientes normas:

a) Utilizar unica y exclusivamente el equipo de protección recibido, de acuerdo a la exposición a riesgos y áreas de trabajo.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) Solicitar cambio por deterioro del EPP, realizando devolución del deteriorado.
d) Informar cualquier anomalia presentada en el EPP, que ponga en riesgo mi salud.
e) Se me realice descuento del valor del Elemento de Protección en caso de perdida.
f) Que no debo realizar compra y venta o cambios de la dotación recibida.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como par a los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa. (Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91. b. Para el trabajador).

FIRMA TRABAJADOR: Rusbel Poloche

Marcela Pinto Blanco
RES. No. 5506/10/06/2009
R.N: 0901/12/07/2019

FIRMA RESIDENTE SST:

Consorcio SOFAN C-031

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS AL PERSONAL

CÓDIGO: SFI-SST-FOR-10
VERSIÓN: 2
FECHA: FEBRERO-2022

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra: CONTRATO ICCU - 138 DE 2025

Ubicación: PROVINCIAS DE MEDINA,GUAVIO ORIENTEY SOACHA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ORGANIZACIÓN

Director de Obra: ING. WILSON LOAIZA
Residente de Obra: ING. DARWIN MORENO
Residente SST: ING. MARCELA PINTO B.
Residente Ambiental: ING: ELIZABETH DAZA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS



Entrada: **7:00 a.m**
Almuerzo: **12:00m a 1:00 p.m**
Salida: **5: p.m**

PROHIBICIONES EN OBRA

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos

DEBERES



* Notificar los accidentes e incidentes de trabajo
* Cumplir el horario laboral
* Reportar las condiciones inseguras
* Utilizar de manera adecuada los baños

NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL EN OBRA



* El uso del casco es obligatorio
* Está prohibido el uso de: gorras debajo del casco, tenis, sudadera y pantaloneta.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos a una altura mayor a 1,5 metros (Res.1402 de 2012)
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas
* Las personas que presenten restricciones médicas, no pueden realizar trabajos en altura



NORMAS AMBIENTALES

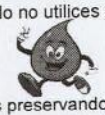
* Separar los residuos de acuerdo a su material y asi poder ser reciclados (**Negro**:No Aprovechables, **Blanco**: Reciclables, **Verde**:Organicos)
* No arrojar residuos, ni sustancias químicas a la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas de trabajo para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites y sustancias quimicas
* No afectar ni perjudicar los árboles, ni la vegetación en las areas aferentes a las obras.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios



IMPORTANCIA DE CUIDAR EL MEDIO AMBIENTE

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas de influencia del proyecto.
* Usar productos que puedan reutilizarse.
* Cuidar el Medio Ambiente evita la aparición de enfermedades.
* Cierra los grifos correctamente, cuando no utilices el agua y controla que no existan fugas.
* Reciclar todo lo que mas se pueda.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* Se evita la extinción de la fauna y se conserva la riqueza de la flora.





IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa





* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL

FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A	FACTOR DE RIESGO	AGENTE	A	N/A
A:Aplica N/A: No Aplica				A:Aplica N/A: No Aplica			
Riesgos Físicos	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecánico (máquinas y herramientas)	X	
	Temperatura	X			Electrico (exposición o contacto)	X	
	Falta de iluminación	X			Pisos resbalosos	X	
	Vibraciones	X			Escaleras y Barandas	X	
Riesgo Químico	Material particulado	X			Almacenamiento inadecuado	X	
	Manipulación de sustancias	X			Condiciones de orden y aseo	X	
Riesgo Biológico	Bacterias	X			Tecnológico	X	
	Virus, Hongos	X			Pùblico (robos, atracos, asaltos, etc)	X	
Riesgo Ergonómico	Posturas	X			Trabajo en alturas (caidas a distinto nivel)		X
	Levantamiento de cargas	X			Espacios confinados		X
Riesgo Bio Mecánico	Postura forzada o incorrecta movimiento repetitivo	X		Fenómenos Naturales	Sismo	X	
	Manipulaciòn de cargas		X		Terremoto	X	
Riesgo PSicológico	Gestión organizacional		X		Derrumbes	X	
	Turnos y sobreesfuerzos		X		Inundaciones	X	
	Abuso de autoridad (maltrato)		X				

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los FACTORES DE RIESGO a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO las NORMAS AMBIENTALES los PROTOCOLOS EN EL RIESGO BIOLOGICO, en la realización de mi trabajo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

NOMBRE: Rusbal Poloche CÉDULA: 93448969 RH: O+

DIRECCIÓN: C1162 # 75-21 LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TEL / CEL: 323 974 8324 CARGO: Ayudante.

FECHA NACIMIENTO: 07-02-1985 CONTRATISTA: Urbanuz FECHA INGRESO A EMPRESA: 23/09-26.

ARL: Sura EPS: S. Total AFP: Porvenir EXÁMENES MÉDICOS: SI X NO

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO PERSONA Y TEL. DE CONTACTO:

FIRMA EMPLEADO: Rusbal Poloche FECHA: 23-09-26