CONTRATO DE OBRA No. 2019-1874

"DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCIONES Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACIÓN DE BOGOTÁ D.C."

INFORME MENSUAL No. 7

OCTUBRE 01 DE 2020 – OCTUBRE 31 DE 2020

BOGOTÁ D.C.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
ARQ. MARÍA CAMILA GAMBA OSPINA FECHA 01 -11 -2020	ING. MELISA JANEZ GÓMEZ PALACIOS FECHA: 01-11-2020	ING. CAMILO ANDRÉS ROSARIO RUBIO FECHA: 01-11-2020
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
CARGO: AUXILIAR DE INGENIERÍA	CARGO: RESIDENTE DE OBRA	CARGO: REPRESENTANTE LEGAL

001

SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

CONTRATO DE OBRA No 2019-1874

"DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCIONES Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACIÓN DE BOGOTÁ D.C."

BOGOTÁ D.C.
2020

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. GENERALIDADES 5
2.1 ANTECEDENTES 5
2.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 5
3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
4. ASPECTO ADMINISTRATIVO 6
5. ASPECTO JURÍDICO 7
6. ASPECTO FINANCIERO Y CONTABLE 9
6.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS ACUMULADAS A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO 10
7. ASPECTO AMBIENTAL Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10
7.1. INTRODUCCIÓN 10
7.2 OBJETIVOS 11
7.2.1 OBJETIVO GENERAL 11
7.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 11
7.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 11
7.3.1 ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS O DE MANTENIMIENTO 11
7.4 APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL – SGSS 11
7.5 VIGIA SST 14
7.6 CAPACITACION 14
7.7 DESCRIPCION SOCIEDEMOGRAFICA 14
7.8 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES 23
7.9 AGUA POTABLE Y RESIDUOS 23
7.10 CONTROL DE AUSENTISMO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL 23
7.11 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS 24
7.12 MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL 24
7.13 PROGRAMA DE MANTENIENTO 24
7.14 ENTREGA DE EPP 24
7.15 PLAN DE EMERGENCIAS 24
7.16 PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD 24

7.17 PLAN DE MANEJO AMBIENTAL 24

8. INFORME DE OBRA 25

8.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA 25

8.2 REGISTRO FOTOGRAFICO ACTIVIDADES DE OBRA DURANTE EL MES 28

9. INFORME PLANES DE MANEJO DE TRANSITO 56

9.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA 56

9.1 ACTIVIDADES PARA REALIZAR EL PROXIMO MES 61

10. INFORME DE DISEÑO 62

11. INFORME DE CALIDAD 62

11.1. CORRESPONDENCIA ENVIADA 63

11 .2 CORRESPONDENCIA RECIBIDA 64

11.3 CONTROL DE PAGO A PROVEEDORES 67

11.4 CONTROL DE ENSAYOS 67

12. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES 68

1. INTRODUCCIÓN

La SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD busca realizar los siguientes objetivos propuestos para mejorar el sistema semafórico de la ciudad:

- Realizar el diseño de intersecciones de acuerdo con las priorizaciones establecidas en la Entidad e indicadas en el Anexo No. 1 "Especificaciones Técnicas".
- Construir obras civiles para semaforizar intersecciones atendiendo las necesidades de tránsito por localidad.
- Complementar intersecciones semaforizadas existentes con obras civiles que permitan la instalación de nuevos dispositivos de demanda vehicular, peatonal y de bici usuarios.
- Atender las necesidades de mantenimiento preventivo o correctivo de la red semafórica existente.
- Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Anexo No. 1 "Especificaciones Técnicas" - Especificaciones técnicas del presente proceso de contratación.
- Los trabajos se ejecutarán en espacios públicos, para lo cual se tuvo en cuenta la mitigación del impacto urbano a fin de evitar molestias y accidentes a la comunidad durante el desarrollo de los trabajos.

2. GENERALIDADES

2.1 ANTECEDENTES

Con el objeto de contratar el diseño y construcción, de las obras civiles para nuevas intersecciones y mantenimiento el sistema de semaforización de Bogotá D.C., incluyendo diseño semafórico de intersecciones para la implementación de nuevos controles semaforizados. Le adjudico a la empresa **AC2R INGENIERÍA Y PROYECTOS S.A.S** el contrato mediante la **Resolución N° 259 del 26 de DICIEMBRE de 2019**, cuyo objeto es: **"DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCIONES Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACIÓN DE BOGOTÁ D.C."**

2.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

El objeto del Contrato se ejecutará en la ciudad de Bogotá D.C., en los sitios definidos por las áreas de influencia de la red semafórica existente y donde se requiera nueva semaforización para la regulación del tránsito vehicular y/o peatonal de la ciudad.

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

FECHA	01 de noviembre de 2020	PERIODO No.	07	DEL	01/10/2020	HASTA	31/10/2020

OBJETO DEL CONTRATO	"DISEÑO Y CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCIONES Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACION DE BOGOTA D.C."
LOCALIZACION DEL PROYECTO	BOGOTA D.C.

CONTRATO DE OBRA			
AC2R INGENIERIIA Y PROYECTOS S.A.S. NIT 830.123.577-7 ING. CAMILO ANDRES ROSARIO RUBIO R.L. CC. 80.228.570 de BOGOTA CRA 71ª # 52ª -17 +57 (1) 210 9456 – 311 353 1384 Ac2ringenieria@gmail.com			
CONTRATO No.	N° 2019-1874		
FECHA DE SUSCRIPCION:	27 de diciembre de 2019		
PLAZO INICIAL:	6 meses		
FECHA DE INICIACIÓN:	06 de marzo de 2020		
FECHA DE FINALIZACIÓN INICIAL:	05 de septiembre de 2020		
PERIODO DE SUSPENSIÓN N°1:	30 de marzo de 2020 al 12 de abril de 2020		
REINICIO N°1	13 de abril de 2020		
PERIODO DE SUSPENSIÓN N°2:	13 de abril de 2020 al 4 de mayo de 2020		
REINICIO N°2:	5 de mayo de 2020		
PLAZO FINALIZACION INICIAL:	11 de octubre de 2020		
PRORROGA N°1:	4 meses		
PLAZO ACTUALIZADO DE FINALIZACION:	11 de febrero de 2020		
PLAZO TRANSCURRIDO:	211 días	EQUIVALE AL	36% Programado
VALOR INICIAL:	$3.160.459.988 AIU e IVA incluido		
VALOR ADICION(ES):	-		
VALOR ACTUALIZADO:	$3.160.459.988 AIU e IVA incluido		
VALOR PAGADO:	-		
VALOR POR PAGAR:	$3.160.459.988 AIU e IVA incluido		
INTERVENTOR:	PIV Ingeniería S.A.S		

ESTADO ACTUAL	
Presenta un desarrollo normal de las actividades según la programación	
DIAS TOTALES DEL CONTRATO:	318
DIAS TRANSCURRIDOS:	211
% DE EJECUCION	17%
DIAS DE RETRASO:	112
% DE RETRASO SEGÚN ACTIVIDADES A DESARROLLAR	21%
DIAS DE ADELANTO:	0
% DE ADELANTO SEGÚN ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0%

4. ASPECTO ADMINISTRATIVO

ACTAS ELABORADAS	
ACTA	**FECHA**
ACTA DE INICIO	06/03/2020
ACTA DE SUSPENSIÓN N°1	30/03//2020
ACTA DE REINICIO N°1	13/04/2020
ACTA DE SUSPENSIÓN N°2	13/04/2020
ACTA DE REINICIO N°2	5/05/2020
ACTA DE INICIO DE OBRA	9/09/2020
PRORROGA N°1	7/10/2020

ACTA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	N/A
ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DEL OBJETO CONTRACTUAL	N/A

5. ASPECTO JURÍDICO

LEGALIZACIÓN DE CONTRATO	FECHA
CONTRATO No. 2019-1874	27/12//2019
ACTA DE INICIO	06/03/2020
ACTA DE SUSPENSIÓN N°1	30/03//2020
ACTA DE REINICIO N°1	13/04/2020
ACTA DE SUSPENSIÓN N°2	13/04/2020
ACTA DE REINICIO N°2	5/05/2020
PRORROGA N°1	7/10/2020

OTRO SI MODIFICATORIOS, ACLARACIONES Y MODIFICACIONES	FECHA
OTRO SI MODIFICATORIO	N/A

POLIZAS INICIALES					
ASEGURADORA	AMPAROS	FECHA INICIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	ESTADO
SEGUROS DEL ESTADO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/12/2019	27/12/2020	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD DEL SERVICIO	27/06/2020	27/12/2020	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD Y CORRECTO, FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	27/06/2020	27/06/2021	$1.264.183.995.20	APROBADO
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONESZ SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	27/12/2019	27/06/2023	$316.045.998.80	APROBADO
	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	27/06/2020	27/06/2025	$948.137.996.40	APROBADO

POLIZAS ACTAS DE INICIO					
ASEGURADORA	AMPAROS	FECHA INICIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	ESTADO
SEGUROS DEL ESTADO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/03/2020	07/03/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD DEL SERVICIO	05/09/2020	07/03/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD Y CORRECTO, FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	05/09/2020	05/09/2021	$1.264.183.995.20	APROBADO
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONESZ SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	06/03/2020	05/09/2023	$316.045.998.80	APROBADO
	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	05/09/2020	05/09/2025	$948.137.996.40	APROBADO

PÓLIZA SUSPENSIÓN N°1					
ASEGURADORA	AMPAROS	FECHA INICIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	ESTADO

SEGUROS DEL ESTADO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/03/2020	21/03/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD DEL SERVICIO	05/09/2020	21/03/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD Y CORRECTO, FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	05/09/2020	19/09/2021	$1.264.183.995.20	APROBADO
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	06/03/2020	19/09/2023	$316.045.998.80	APROBADO
	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	05/09/2020	05/09/2025	$948.137.996.40	APROBADO

PÓLIZA SUSPENSIÓN N°2 y REINICIACIÓN N°2					
ASEGURADORA	AMPAROS	FECHA INICIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	ESTADO
SEGUROS DEL ESTADO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/03/2020	11/04/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD DEL SERVICIO	05/09/2020	11/04/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD Y CORRECTO, FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	05/09/2020	11/10/2021	$1.264.183.995.20	APROBADO
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONESZ SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	06/03/2020	05/09/2023	$316.045.998.80	APROBADO
	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	05/09/2020	05/09/2025	$948.137.996.40	APROBADO

PRORROGA N°2					
ASEGURADORA	AMPAROS	FECHA INICIAL	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	ESTADO
SEGUROS DEL ESTADO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/03/2020	11/08/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD DEL SERVICIO	05/09/2020	11/08/2021	$948.137.996.40	APROBADO
	CALIDAD Y CORRECTO, FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	05/09/2020	11/02/2022	$1.264.183.995.20	APROBADO
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONESZ SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	06/03/2020	11/02/2024	$316.045.998.80	APROBADO

	ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	05/09/2020	05/09/2025	$948.137.996.40	APROBADO

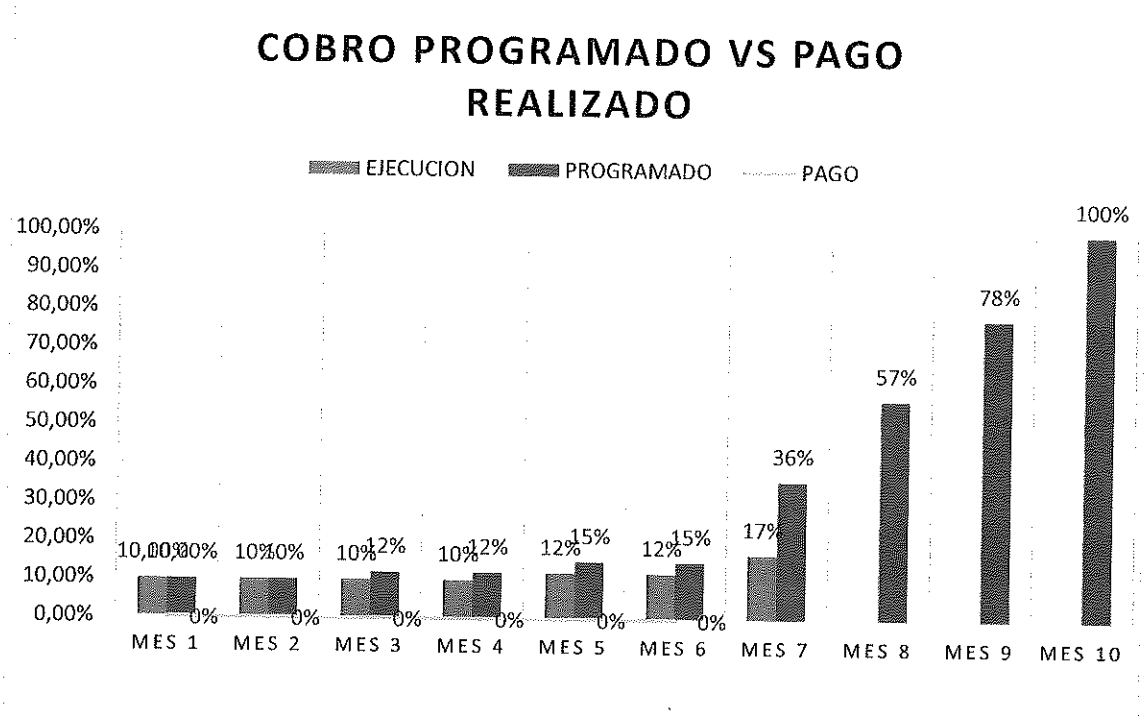
EVENTOS REPRESENTATIVOS	FECHA
Se realizó un comité en donde se firma del Acta de inicio.	Viernes / 06/03/2020
Se realizó la suspensión del contrato	30 /03/2020
Se realiza la reiniciación del contrato	05/05/2020
Se suscribe el acta de inicio de obras	08/09/2020

6. ASPECTO FINANCIERO Y CONTABLE

BALANCE FINANCIERO			
DESCRIPCIÓN	CONTRATO	VALOR	PAGOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$3.160.459.988		
VALOR POR EJECUTAR		$3.006.067.589	
VALOR EJECUTADO ACTA PARCIAL No. 1		$154.392.399	
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No. 1			EN TRAMITE
VALOR PENDIENTE DE PAGO			$3160.459.988
SUMAS IGUALES	$3.160.459.988	$3.160.459.988	$3160.459.988

A la fecha no se ha realizado ningún pago y está pendiente de pago un 100%.

005



En el mes 7, el avance programado es de un 36% vs un avance ejecutado real del 17%.

6.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS ACUMULADAS A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO

PRESUPUESTO EJECUTADO	
VALOR DE LA ACTIVIDADES TOTALES DEL CONTRATO	$ 3.160.459.988
ACTIVIDADES PROGRAMADAS (%)	36%
VALOR DE LA ACTIVIDADES PROGRAMADAS	$ 1.137.765.596
ACTIVIDADES EJECUTADAS (%)	17%
VALOR DE LA ACTIVIDADES EJECUTADAS	$ 537.278.198

7. ASPECTO AMBIENTAL Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

7.1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se describen las actividades referente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente – SSTMA, desarrollas en el marco de contrato de obra N° 2019-1874 cuyo objeto es el "DISEÑO Y CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCION Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACION DE BOGOTAD.C

Este informe comprende las actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de octubre de 2020.

7.2 OBJETIVOS

7.2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las actividades implementadas en los frentes de obra para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, las medias de manejo ambiental y PG – RCD acorde con los requisitos legales aplicables en Seguridad y Salud en el Trabajo y medio Ambiente en el desarrollo de las actividades propias del contrato de obra pública 2019-1874.

7.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Velar por el cumplimiento el cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo durante los trabajos ejecutados.

Implementar planes de mejora con el fin de identificar y mitigar los riesgos presentes en la ejecución del proyecto.

Describir las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los compromisos contractuales y la normatividad ambiental aplicable.

Verificar que el contrato se desarrolle de acuerdo con los lineamientos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo establecidos en el contrato de obra 2019-1874.

7.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto consiste en diseño y construcción de obras civiles para nuevas intersecciones y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización de Bogotá DC y contiene de manera general para su ejecución la Formulación y tramites de planes de manejo de tráfico, Localización, verificación y replanteo, Estudio y trazado de redes existentes, Implementación planes de manejo de tráfico, Demoliciones, Excavaciones, Perforaciones y Construcción.

7.3.1 ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS O DE MANTENIMIENTO

Durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de octubre de 2020 se ejecutaron actividades constructivas o de mantenimiento en las siguientes intersecciones:

- AV. Boyacá X CL 60CS
- KR 73 X CL 26S
- CL 183 X KR 54D
- KR 92 X CL 157C Y CL 158

7.4 APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL – SGSS

Todo el personal vinculado al contrato de obra 2019-1874 se encuentra afiliado al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL – SGSS. **ANEXO 7 APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

PERSONAL ADMINISTRATIVO

N°	NOMBRE	CARGO	EPS	AFP	ARL
1	Edwin García	Director de Obra	Compensar	Porvenir	Positiva
2	Meliza Janes	Residente de Obra	Compensar	Colpensiones	Bolívar
3	Camila Gamba	Aux. de Ingeniería	Compensar	Porvenir	Bolívar
4	Stella Pineda	Tec. Ing. SISO	Sanitas	Protección	Bolívar
5	Carolina Serna	Profesional SST	Sura	Porvenir	Bolivar

PERSONAL OPERATIVO					
N°	NOMBRE	CARGO	EPS	AFP	ARL
6	Oscar Valles	Inspector de obra	Sanitas	Colpensiones	Bolívar
7	Adrián Useche	Maestro de obra	Medimás	Colfondos	Sura
8	Estevenson Oliveros	Oficial de obra	Famisanar	Colfondos	Sura
9	Jesús Urango	Ayudante de construcción	Nueva Eps	Porvenir	Sura

SUBCONTRATISTA GYG INGENIEROS ASOCIADOS SAS					
N°	NOMBRE	CARGO	EPS	AFP	ARL
10	Heiner Navarro	Ayudante	Sanitas	Colfondos	Sura
11	Douglas León	Ayudante	Nueva Eps	Protección	Sura
12	Omar Javier Rabelo Ferreira	Ayudante	Sanitas	Protección	Sura
13	Edicxon Álvarez	Ayudante	Nueva Eps	Protección	Sura
14	Fredys Rodríguez	Ayudante	Salud Total	Colpensiones	Sura
15	José Ángel Chávez Cañas	Ayudante	Famisanar	Porvenir	Sura
16	Juan Rafael Diaz Mercado	Ayudante	Famisanar	Porvenir	Sura
17	Yhon Valencia	Ayudante	Salud Total	Porvenir	Sura
18	Richard Martínez	Ayudante	Salud Total	Porvenir	Sura
19	Jhon Martínez	Ayudante	Salud Total	Positiva	Sura
20	Robert Quiroz	Ayudante	Famisanar	Protección	Sura
21	Hugo Oviedo	Ayudante	Nueva EPS	Porvenir	Sura
22	Gustavo Sánchez	Rep. Legal GYG	Compensar	Porvenir	Sura
23	Luis Giovanny Hurtado	Conductor	Sanitas	Porvenir	Bolivar
24	Fabian Chacin	Almacenista	Salud total	Porvenir	Bolivar
25	Keiner Capataz	Ayudante	Medimas	Colpensiones	Sura
26	Robert Quiroz	Ayudante	Medimas	Colpensiones	Sura
27	Jaider Pérez	Ayudante	Nueva Eps	Protección	Sura

28	Luis Alfredo Hoyos	Ayudante	Nueva Eps	Protección	Sura
29	Jose Luis Hoyos	Ayudante	Nueva Eps	Protección	Sura

SUBCONTRATISTA INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S.					
N°	**NOMBRE**	**CARGO**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
30	Nelson Suarez Rodríguez	Oficial de obra	Compensar	Colpensiones	Seguros Bolívar
31	Rafael Antonio Suarez Romero	Operario	Salud Total	Porvenir	Seguros Bolívar
32	Pedro Pablo Vargas	Auxiliar de obra	Salud Total	Colpensiones	Seguros Bolívar
33	Miguel Ángel Cubillos	Operario	Salud Total	Porvenir	Seguros Bolívar
34	Armando Jiménez	Operario	Sura	Protección	Seguros Bolívar
35	Damaso Castaño Hernández	Operario	Sura	Protección	Seguros Bolívar
36	Hernando Ruiz Casas	Operario	Sanitas	Colpensiones	Seguros Bolívar
37	Jesús Andrés Mora	Operario	Salud Total	Colpensiones	Seguros Bolívar
38	Walter Enrique Torres	Operario	Nueva EPS	Porvenir	Seguros Bolívar
39	Jhon Sebastián Castaño	Operario	Sura	Protección	Seguros Bolívar
40	José Alberto Martínez	Operario	Salud Total	Protección	Seguros Bolívar
41	William Salamanca	Operario	Sura	Porvenir	Seguros Bolívar
42	José Dimas Diaz	Conductor	Compensar	--	Seguros Bolívar
43	Euclides Rivera	Operario	Nueva EPS	Colfondos	Seguros Bolívar
44	JUSTO PASTOR MONTAÑA	Operario	Nueva EPS	Colfondos	Seguros Bolívar

RETIROS DE PERSONAL GYG					
N°	**NOMBRE**	**CARGO**	**EPS**	**AFP**	**ARL**
1	Hugo Fonseca	Oficial	Famisanar	Protección	Sura

007

7.5 VIGIA SST

Se adjunta acta vigía - octubre de 2020 **ANEXO 8. VIGIA SST**

7.6 CAPACITACION

De acuerdo con el cronograma de capacitación se realizaron las siguientes actividades de capacitación en obra, con las cuales se da cumplimiento del 100% a las actividades programadas.

- Inducción de SSTMA a los trabajadores nuevos
- Peligros locativos, mecánicos y biomecánicos
- Actos y condiciones inseguros
- Almacenamiento de RCD excavación y demolición en el sitio de trabajo
- Capacitaciones PMA
- Gestión de ocupación del espacio publico
- Uso eficiente y ahorro de agua
- Manejo de materiales de construcción

ANEXO 9. CAPACITACION

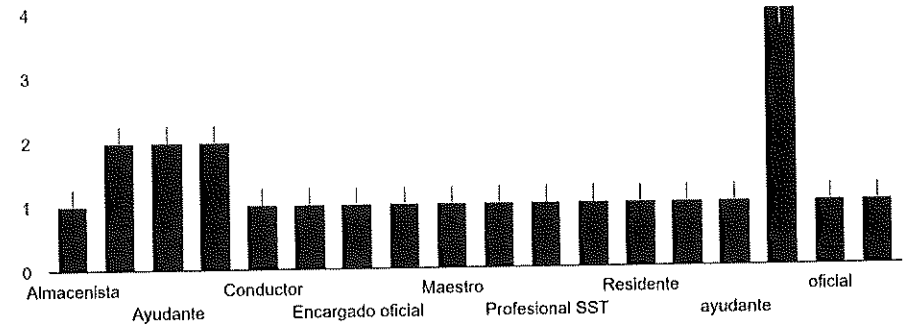
ANEXO 9.1. INDICADORES

7.7 DESCRIPCION SOCIEDEMOGRAFICA

Se realiza encuesta telefónica para el perfil sociodemográfico a los trabajadores en obra y demás relacionados en el contrato. La información será actualizada mensualmente de acuerdo con los nuevos ingresos y retiros.

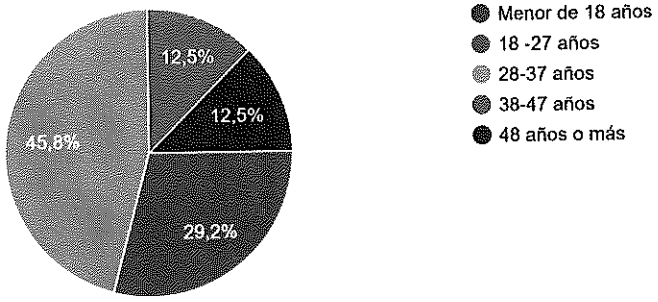
CARGO

24 respuestas



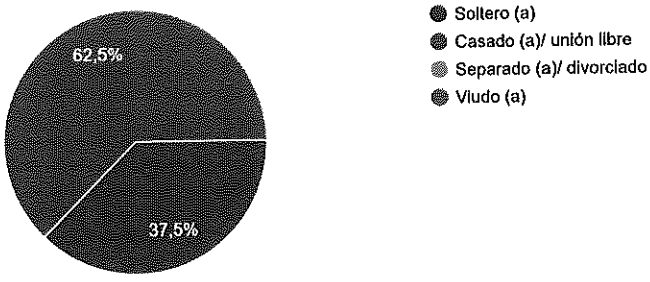
1. EDAD

24 respuestas



2. ESTADO CIVIL

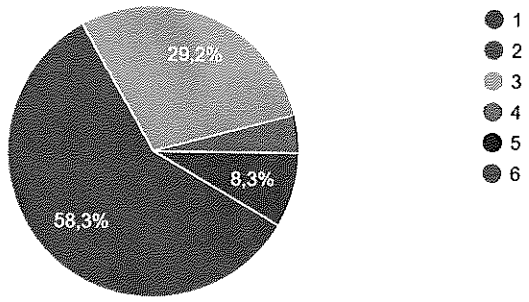
24 respuestas



003

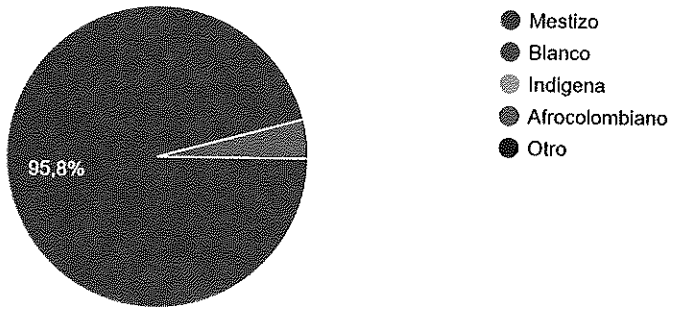
4. ESTRATO SOCIOECONOMICO

24 respuestas



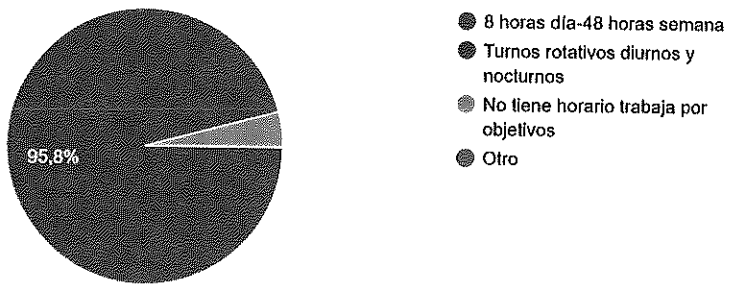
5. GRUPO ÉTNICO

24 respuestas



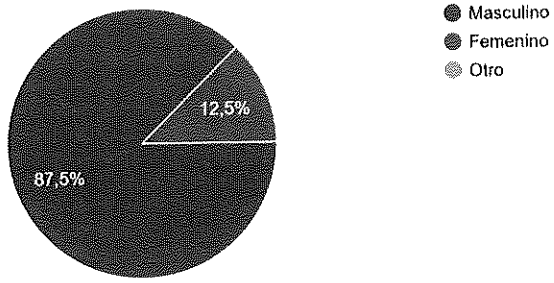
6. TURNO DE TRABAJO

24 respuestas



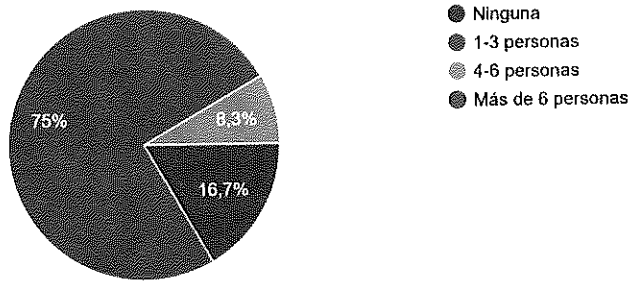
7. GENERO

24 respuestas



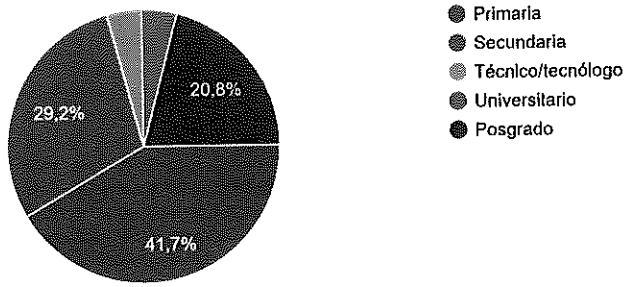
8. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

24 respuestas



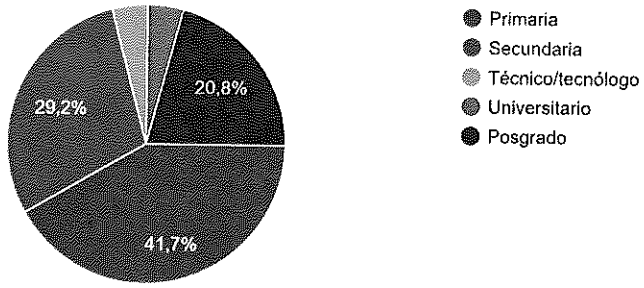
9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

24 respuestas



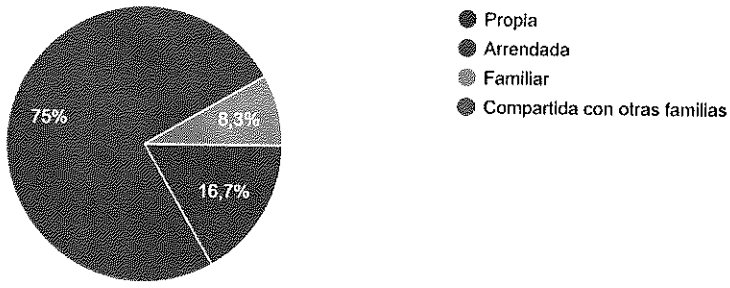
9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

24 respuestas



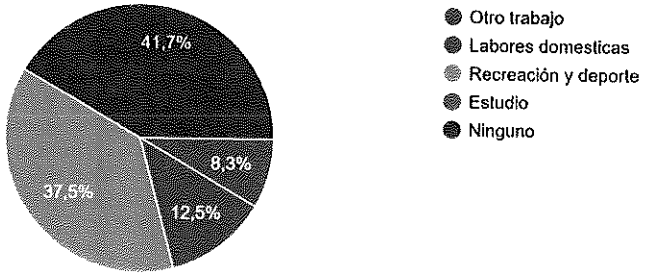
10. TENENCIA DE VIVIENDA

24 respuestas



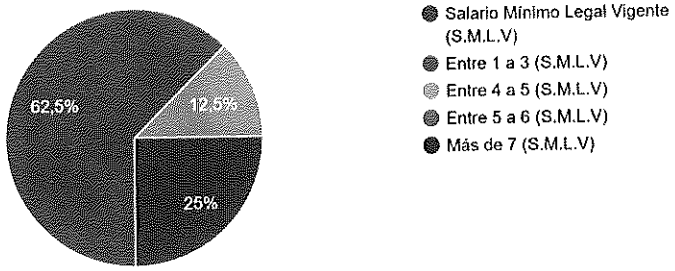
11. USO DEL TIEMPO LIBRE

24 respuestas



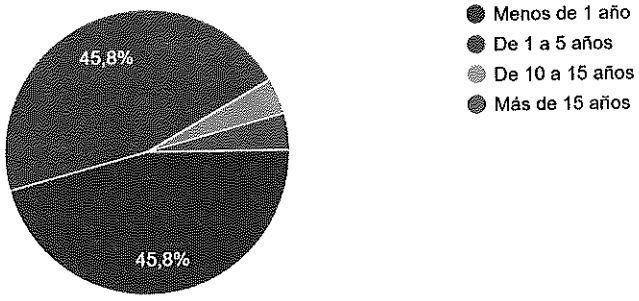
12. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.V)

24 respuestas



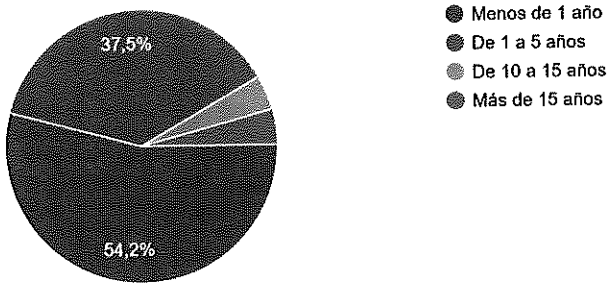
14. ANTIGUEDAD EN EL CARGO ACTUAL

24 respuestas



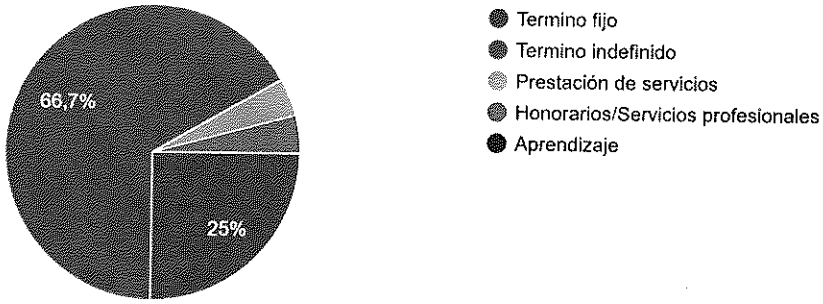
13. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

24 respuestas



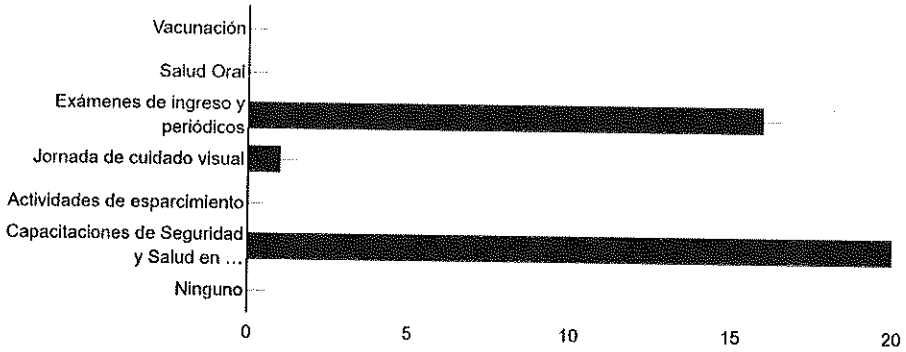
15. TIPO DE CONTRATACIÓN

24 respuestas



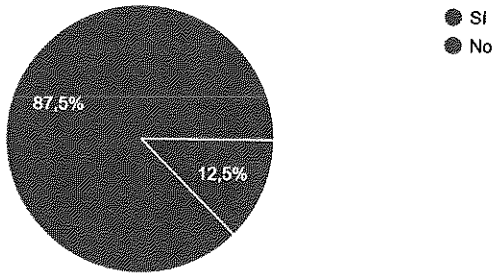
16. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

24 respuestas



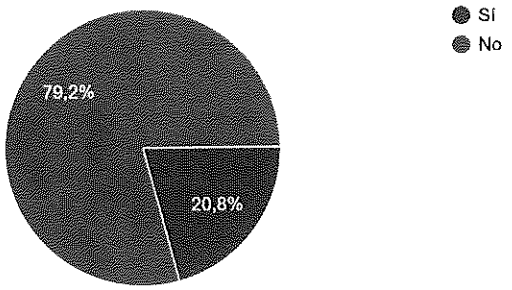
17. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

24 respuestas



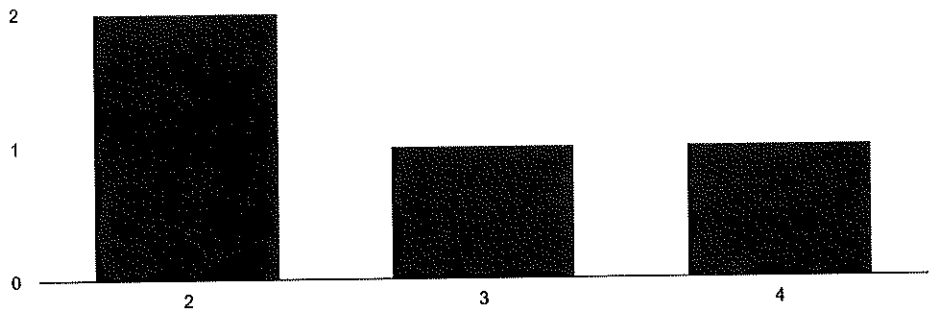
18. FUMA

24 respuestas



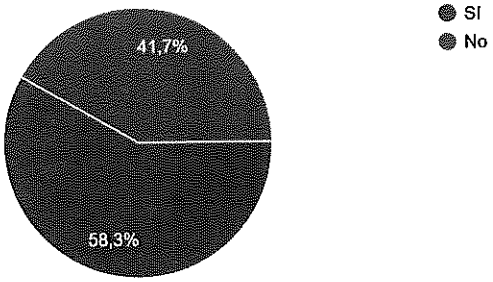
PROMEDIO DIARIO

4 respuestas



19. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

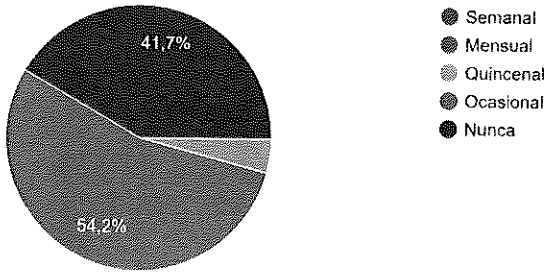
24 respuestas



011

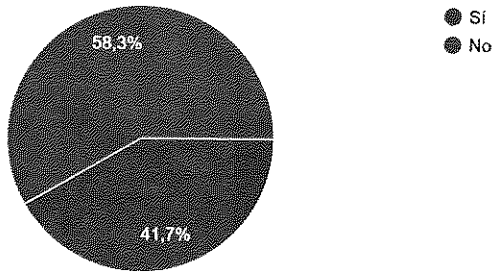
CON QUE FRECUENCIA CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

24 respuestas



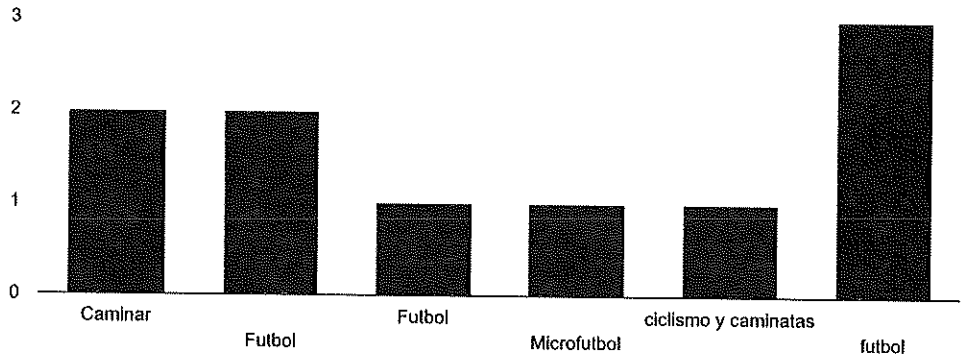
20.PRACTICA ALGÚN DEPORTE

24 respuestas



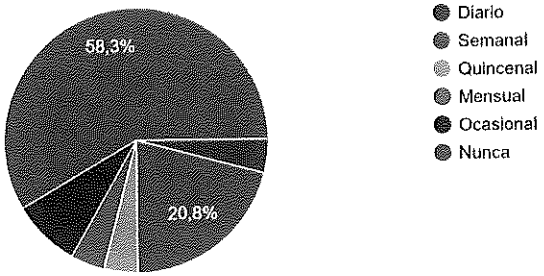
CUÁL?

10 respuestas



CON QUE FRECUENCIA PRACTICA DEPORTE

24 respuestas



7.8 EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Se adjunta examen médico ocupacional del personal con su respectiva notificación de riesgos al trabajador. **ANEXO 7 APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL** – Carpeta Exámenes médicos.

7.9 AGUA POTABLE Y RESIDUOS

Se ha realizado suministro de agua potable y recolección de residuos en las intersecciones intervenidas.

ANEXO 11. REGISTRO FOTOGRÁFICO

ANEXO 12. PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

7.10 CONTROL DE AUSENTISMO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

Durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de octubre de 2020 no se presentaron accidentes de trabajo.

Accidentalidad- **Anexo 9.1 INDICADORES**

HHT:

		RESUMEN		OBSERVACIONES
NUMERO DE EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	5			
NUMERO DE EMPLEADOS OPERATIVOS	39	TOTAL	44	
DIAS TRABAJADOS ADMINISTRATIVOS	29	HHT	1160	
DIAS TRABAJADOS OPERATIVOS	25	HHT	7800	
TOTAL HORAS - HOMBRE - TRABAJADAS	8960	ACUMULADO	16472	

012

7.11 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

No se han identificado peligros adicionales a los valorados inicialmente, por lo tanto, la matriz de peligros y valoración de riesgos no ha tenido actualizaciones. **ANEXO 13. MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS**

7.12 MEDIDAS DE PREVENCION Y CONTROL

Durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de octubre de 2020 se implementaron las siguientes inspecciones como medidas de prevención y control

- Inspección de herramienta menor 19/10/2020
- Inspección de orden y aseo 13/10/2020
- Inspección volqueta 13/10/2020
- Inspección Compresor 13/10/2020
- Inspección planta eléctrica 13/10/2020
- Inspección de herramienta menor 10/10/2020
- Inspección de herramienta menor 16/10/2020

ANEXO 14. INSPECCIONES

7.13 PROGRAMA DE MANTENIENTO

Se adjuntan los documentos de los vehículos que ingresaron a operación en el mes de septiembre como seguimiento al programa de mantenimiento de vehículos. **ANEXO 15. PROGRAMA DE MANTENIMIENTO**

7.14 ENTREGA DE EPP

Se realiza entrega de EPP a todo el personal

ANEXO 16. ENTREGA DE EPP

ANEXO 11. REGISTRO FOTOGRÁFICO

7.15 PLAN DE EMERGENCIAS

Se realizó capacitación de simulacro nacional de autoprotección ANEXO **9. CAPACITACION**

7.16 PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

- REGISTRO DE TEMPERATURA
- ENTREGA DE DOTACION
- ENTREGA DE KITS DE BIOSEGURIDAD
- CONVENIOS SERVICIO ALQUILER DE SANITARIO
- REGISTRO FOTOGRAFICO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

7.17 PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

ANEXO 12. PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

8. INFORME DE OBRA

8.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA

8.1.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°25 (DEL 28 DE SEPTIEMBRE AL 4 DE OCTUBRE DE 2020)

INTERSECCION		ACTIVIDAD		PORCENTAJE DE EJECUCION
1.	KR 7 x AC 53	1.	Se encuentran finalizadas actividades, se atienden observaciones de interventoría	95%
2.	Kr 24 x ac 53	1.	Se encuentran finalizadas actividades, se atienden observaciones de interventoría	90%
3.	KR 21 x AC 53	1.	Se realiza la instalación de sardineles en costado sur oriental, sur occidental, nor occidental	98%
		2.	Se realiza fundición de los costados sur oriental y nor oriental y nor occidental	
		3.	Se realiza la instalación de marco y tapa e instalación de loseta toperol	
4.	KR 9 X AC 127	1.	Se inicio la atención de observaciones realizadas por interventoría	100%
		2.	Se realiza orden y aseo general de obra	
5.	KR 20 x AC 53	1.	Se realiza la implementación del PMT	98%
		2.	Se realiza la instalación de sardinel los tres costados intervenidos	
		3.	Se realiza la instalación de base granular y compactación y nivelación de terreno	
		4.	Se realiza la instalación de sub base e instalación de loseta toperol	
6.	KR 18 X AC 53	1.	Se realiza la implementación de PMT	95%
		2.	Se inician demoliciones de andenes en los 4 costados y el separador	
		3.	Se realiza demolición de sardinel en todos los costados	
		4.	Se realiza la compactación y relleno del separador oriental	
		5.	Se inicia demolición del sardinel en los costados sur occidental, nor occidental, sur y separador orientales	
		6.	Se inician excavaciones y relleno de subbase granular	
7.	KR 17 X AC 53	1.	Se realiza la implementación de PMT	80%
		2.	Se realiza de demolición de andenes en concreto en los costados sur	
		3.	Se realiza la demolición de andenes	
		4.	Se realiza la demolición de sardinel en los costados sur occidental, nor occidental, sur oriental y separador	
		5.	Se realizan excavaciones en todos los costados	
		6.	Se realiza la nivelación de base granular	
8.	AV BOYACA CALLE 60CSUR	1.	Se finalizan actividades en esta intersección	4%
9.	KR 73 X CL 26 SUR	1.	Se finalizan actividades en esta intersección	4%
10.	KR 92 X CL 158	1.	Se finalizan actividades en esta intersección	4%
11.	KR 54D x AC 183	1.	Se finalizan actividades en esta intersección	4%

8.1.2 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°26 (DEL 5 AL 11 DE OCTUBRE DE 2020)

INTERSECCION		ACTIVIDAD		PORCENTAJE DE EJECUCION
1.	KR 54d x AC 183	1.	Se realizan los apiques de los costados norte, , occidental, sur, sur occidental y sur oriental	70%
		1.	Se realiza la excavación en el costado sur para acometida del equipo a caja de paso	
		1.	Se realiza excavación de caja de paso hasta caja de paso sencilla costado sur para acometida	
		2.	Se realiza la excavación para bases en los costados occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		3.	Se realiza la demolición de rampas costados sur y norte occidental	
		1.	Se realiza la excavación de las rampas costados sur y norte occidental	

		2.	Se realiza la conformación de los andenes costados sur y norte occidental	
		1.	Se realiza la perforación horizontal costado sur a norte costado occidental	
		2.	Se realiza la perforación horizontal costados nor occidental y costados sur	
		3.	Se realizan cajas de paso sencillas norte, , occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		4.	Se realiza la instalación de sub base e instalación costados norte y sur	
		1.	se realiza las excavaciones para acometida en los costados norte, , occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		2.	Se realiza de demolición de andenes en concreto en los costados sur	
		3.	Se realiza la demolición de andenes	
		4.	Se realiza la demolición de sardinel en los costados sur occidental, nor occidental, sur oriental y separador	
		5.	Se realizan excavaciones en todos los costados	
		6.	Se realiza la nivelación de base granular	
2.	KR 73 X AC 26 SUR	1.	Se realiza la implementación del PMT	15%
		2.	Se realiza la demolición de anden costado sur	
		3.	Se realiza la instalación de base granular y compactación y nivelación de terreno	
		4.	Se realiza la instalación de sub base e instalación de loseta toperol	
3.	KR 92 X CL 158	1.	Se inicia inspección de redes y se inician perforaciones horizontales	25%

8.1.3 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°27 (DEL 12 AL 18 DE OCTUBRE DE 2020)

INTERSECCION		ACTIVIDAD		PORCENTAJE DE EJECUCION
1.	Kr 54d x calle 183	1.	Se realiza las perforaciones dirigidas en los costados sur-norte, sur oriental- nor oriental	100%
		2.	Se realiza la instalación y fundición de bases para semaforización en los costados norte, , occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		3.	Se realiza la instalación de loseta en los costados sur y norte	
		4.	Se realiza la conformación de y rehabilitación de andenes de los costados norte, , occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		5.	Se realiza la limpieza de la obra	
		6.	Se hace entrega de la obra a la interventoría de las obras ejecutadas en esta intersección	
		7.	Se realiza orden y aseo general de obra	
2.	KR 73 x AC 26 sur	1.	Se inician demoliciones de andenes en los 4 costados y el separador	25%
		2.	Se realiza demolición de sardinel en todos los costados	
		3.	Se realiza la compactación y relleno del separador oriental	
		4.	Se inicia demolición del sardinel en los costados sur occidental, nor occidental, sur y separador orientales	
		5.	Se inician excavaciones y relleno de subbase granular	
3.	KR 92 x CL 158	1.	Se continua inspección de redes y se continúan perforaciones horizontales	35%
4.	AV BOYACA CON CALLE 60C SUR	1.	Se inicia inspección de redes	5%

8.1.4 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°28 (DEL 19 AL 25 DE OCTUBRE DE 2020)

INTERSECCION		ACTIVIDAD		PORCENTAJE DE EJECUCION
1.	KR 73 x AC 26 sur	1.	Se realiza las perforaciones dirigidas en los costados sur-norte, sur oriental- nor oriental	65%

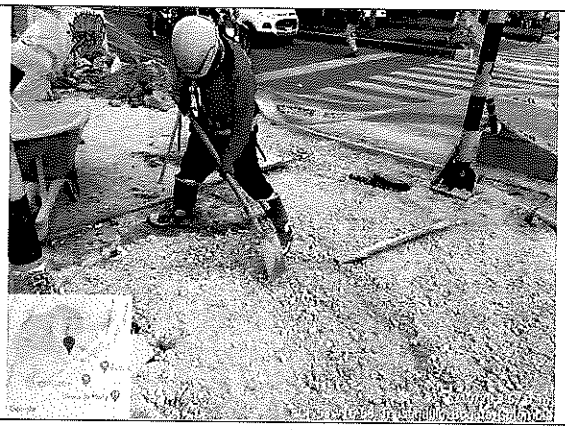
		2.	Se realiza la instalación y fundición de bases para semaforización en los costados norte, occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		3.	Se realiza la instalación de loseta en los costados sur y norte	
		4.	Se realiza la conformación de y rehabilitación de andenes de los costados norte, occidental, sur, sur occidental y sur oriental	
		5.	Se realiza la limpieza de la obra	
2.	KR 92 X AC 158	1.	Se finalizan actividades de perforación horizontal	99%
		2.	Se realiza instalación de tubería para redes en las esquinas sur oriental y nor oriental	
		3.	Se realizo la construcción de cajas de paso dobles y sencillas en las esquinas sur oriental y nor oriental	
		4.	Se realizo la rehabilitación de anden en adoquín en la esquina nor oriental y sur oriental	
		5.	Se realizo la construcción de las bases para poste semaforizado en las esquinas sur oriental y nor oriental	
3.	AV BOYACA X AC 60C SUR	1.	Se inician actividades de inspección de redes y actividades de perforación horizontal	10%
		2.	Se realiza solicitud de acompañamiento con la empresa de gas natural vanti, para inspección de redes	
4.	KR 54D X CALLE 183	1.	Se atienden observaciones para entrega final de obra	99%

8.1.5 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°29 (DEL 26 DE OCTUBRE AL 2 DE NOVIEMBRE DE 2020)

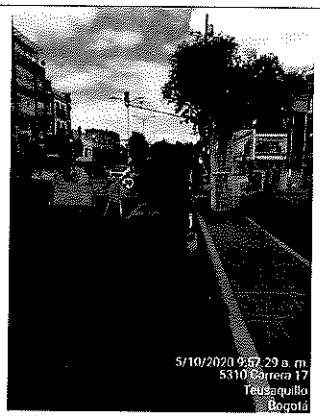
INTERSECCION		ACTIVIDAD		PORCENTAJE DE EJECUCION
1.	KR 73 x AC 26 sur	1.	Se realiza la instalación de adoquín concreto separador norte	100%
		2.	Se realiza la instalación de adoquín concreto rampa nor occidental	
		3.	Se realiza la instalación de cajas de paso dobles y sencillas en los 4 costados intervenidos	
		4.	Se realiza la rehabilitación de los andenes de los cuatro costados intervenidos	
		5.	Se realiza la limpieza de la obra	
		6.	Se realiza entrega de la obra a la interventoría	
		7.	se terminan actividades en la intersección	
2.	AV BOYACA X AC 60C SUR	1.	Se realiza inspección de redes de gas natural para dar viabilidad a la perforación horizontal del costado oriental	35%
		2.	Se realiza urbanismo instalación de tableta 4x4 en costado oriental	
		3.	Se inicia demolición de pavimento asfaltico costado occidental para construcción de isleta	
3.	KR 17 X CL 71B BIS SUR	1.	Se realiza el replanteo de obra, e inicio de actividades	5%

8.2 REGISTRO FOTOGRAFICO ACTIVIDADES DE OBRA DURANTE EL MES

KR 18 X CL 53



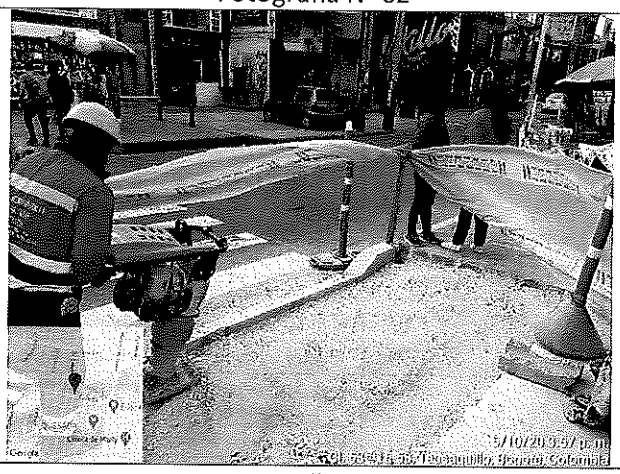
Fotografía N° 01



Fotografía N° 02



Fotografía N° 03



Fotografía N° 04



Fotografía N° 05



Fotografía N° 06



Fotografía N° 07



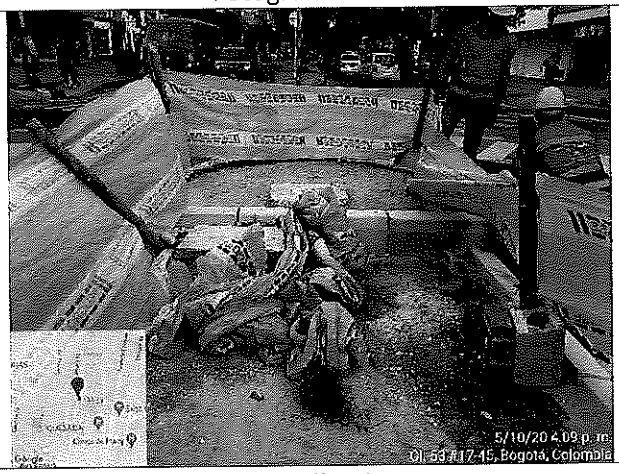
Fotografía N° 08



Fotografía N° 09



Fotografía N° 10



Fotografía N° 11



Fotografía N° 12



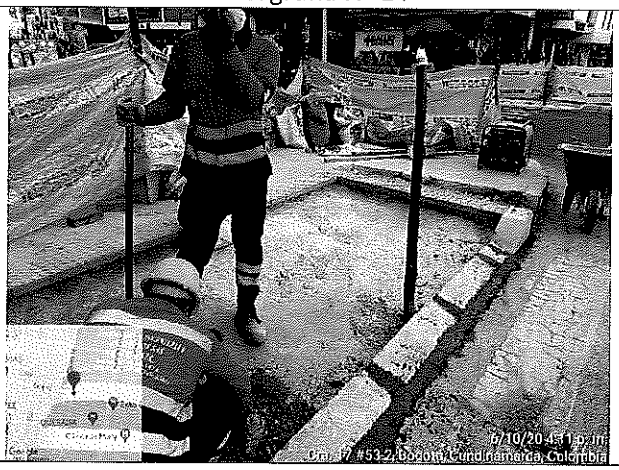
Fotografía N° 13



Fotografía N° 14



Fotografía N° 15



Fotografía N° 16



Fotografía N° 17



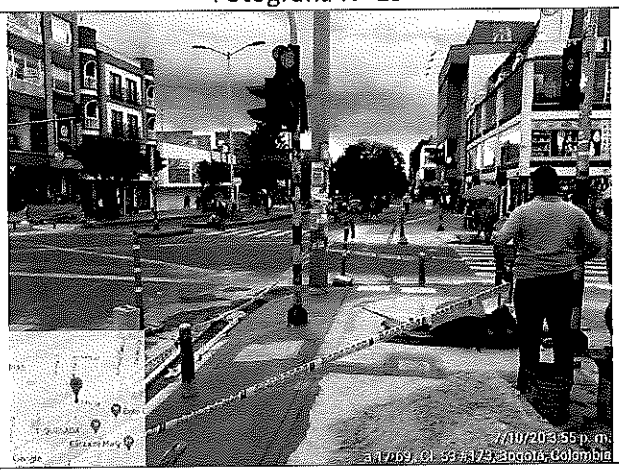
Fotografía N° 18



Fotografía N° 19



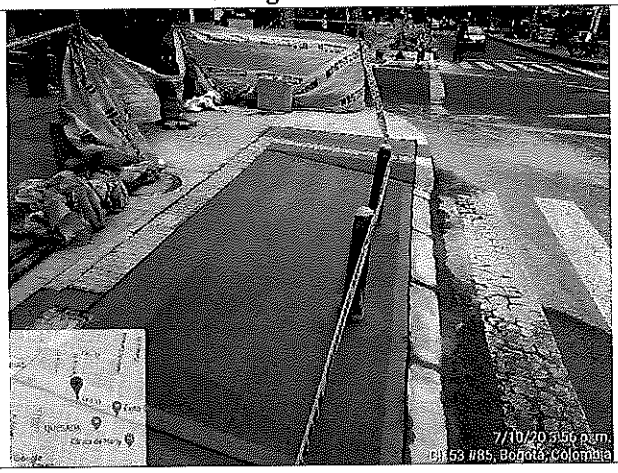
Fotografía N° 20



Fotografía N° 21



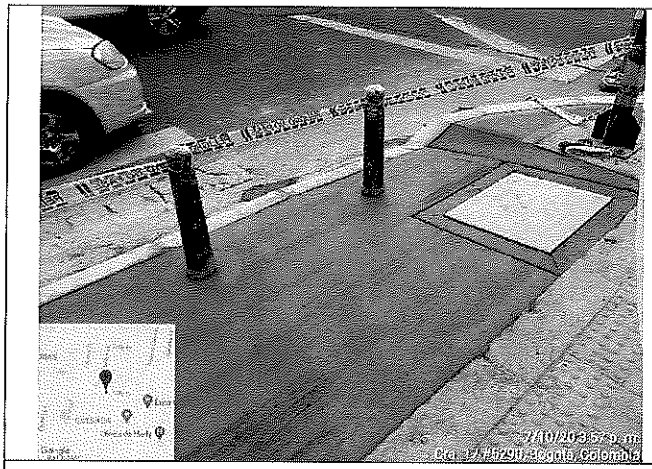
Fotografía N° 22



Fotografía N° 23



Fotografía N° 24

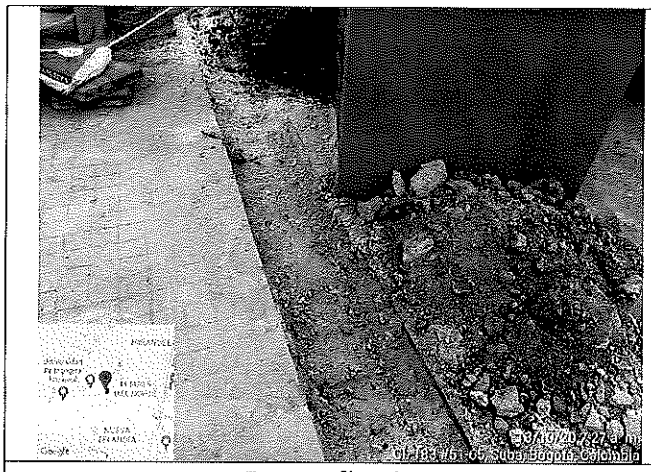


Fotografía N° 25



Fotografía N° 26

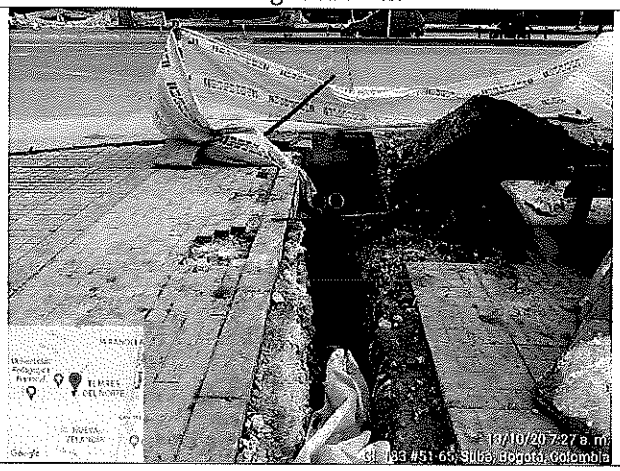
KR 54D X CL 183



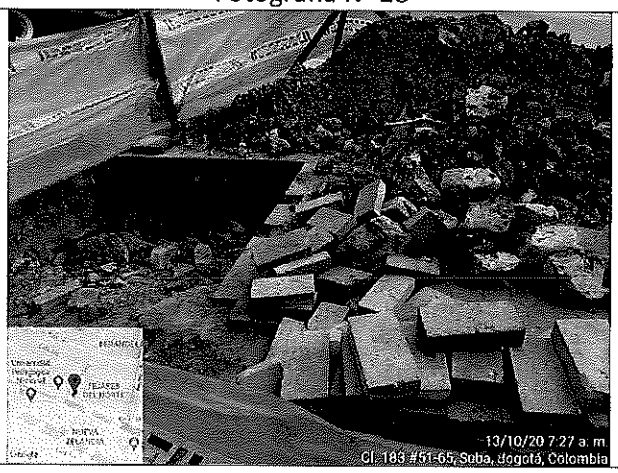
Fotografía N° 27



Fotografía N° 28



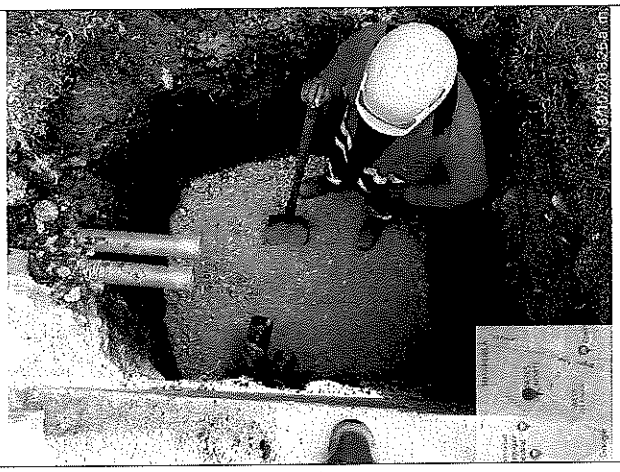
Fotografía N° 29



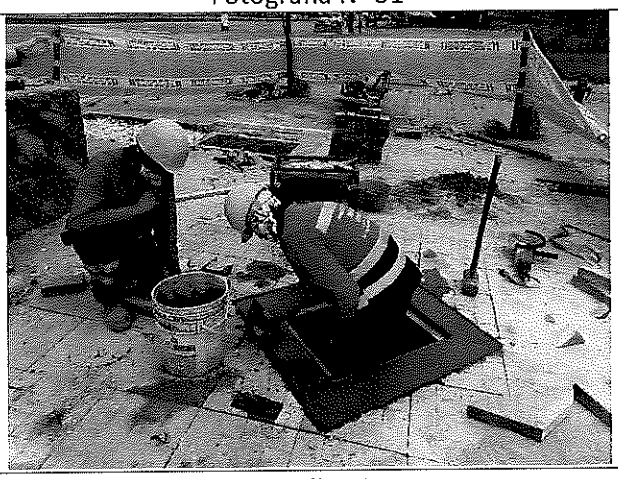
Fotografía N° 30



Fotografía N° 31



Fotografía N° 32



Fotografía N° 33



Fotografía N° 34



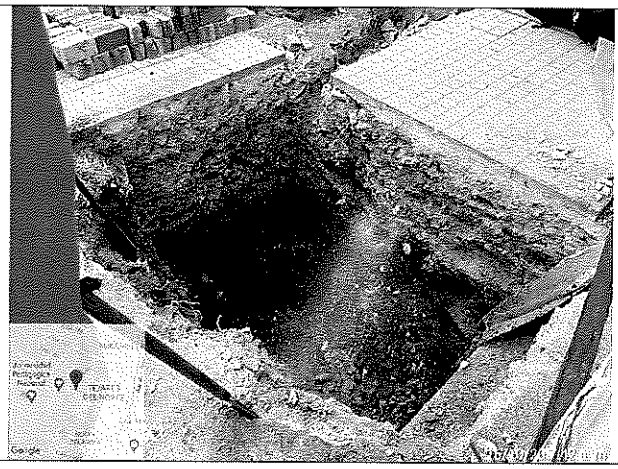
Fotografía N° 35



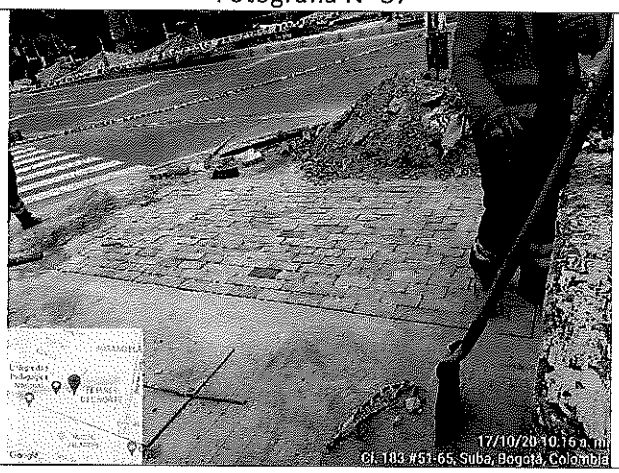
Fotografía N° 36



Fotografía N° 37



Fotografía N° 38



Fotografía N° 39



Fotografía N° 40



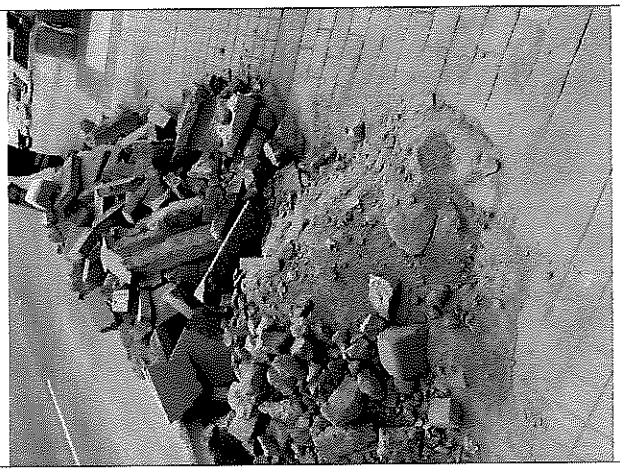
Fotografía N° 41



Fotografía N° 42



Fotografía N° 43



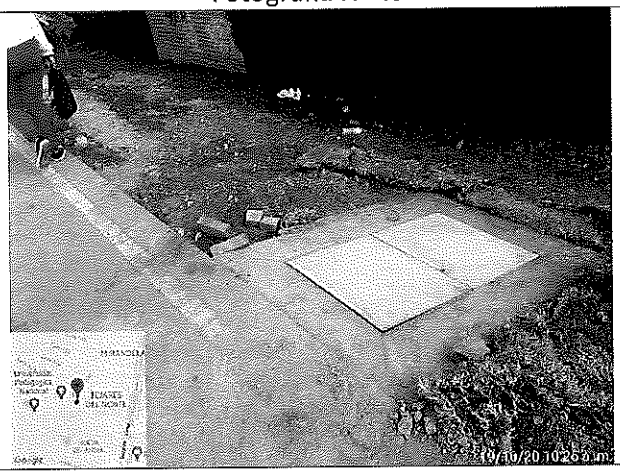
Fotografía N° 44



Fotografía N° 45



Fotografía N° 46



Fotografía N° 47

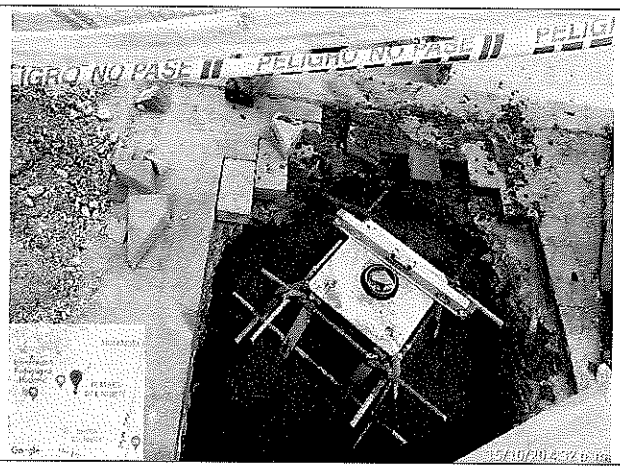


Fotografía N° 48

013



Fotografía N° 49



Fotografía N° 50



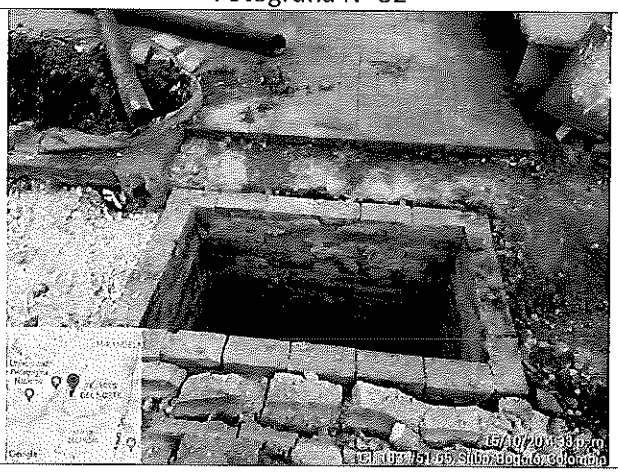
Fotografía N° 51



Fotografía N° 52



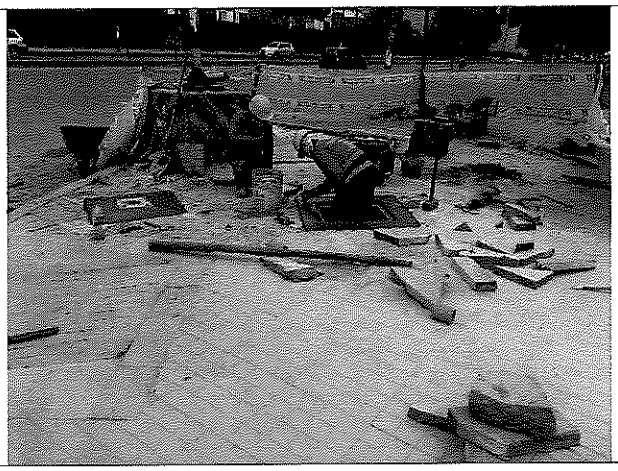
Fotografía N° 53



Fotografía N° 54



Fotografía N° 55



Fotografía N° 56



Fotografía N° 57



Fotografía N° 58



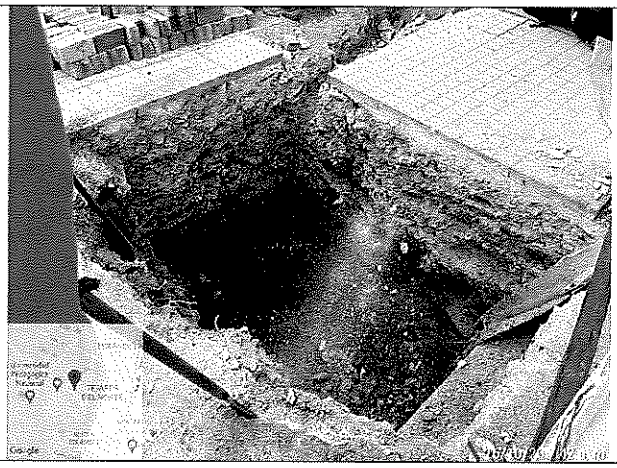
Fotografía N° 59



Fotografía N° 60



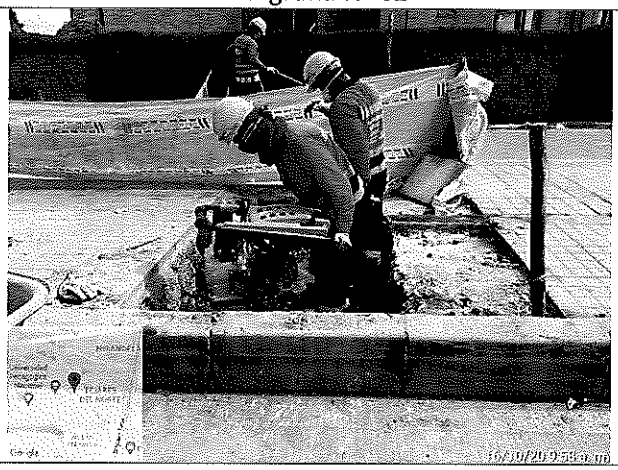
Fotografía N° 61



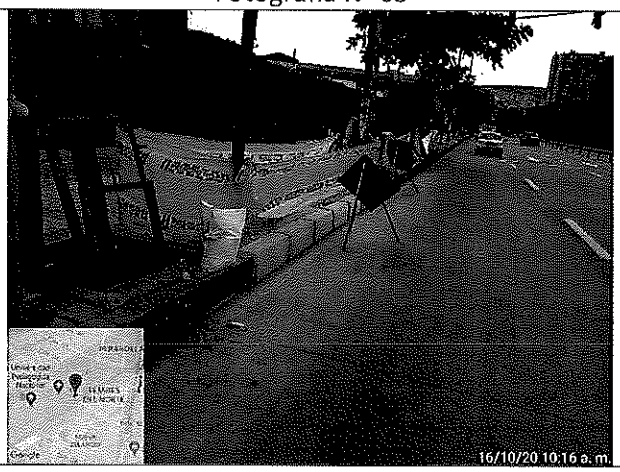
Fotografía N° 62



Fotografía N° 63



Fotografía N° 64



Fotografía N° 65



Fotografía N° 66



Fotografía N° 67



Fotografía N° 68



Fotografía N° 69



Fotografía N° 70

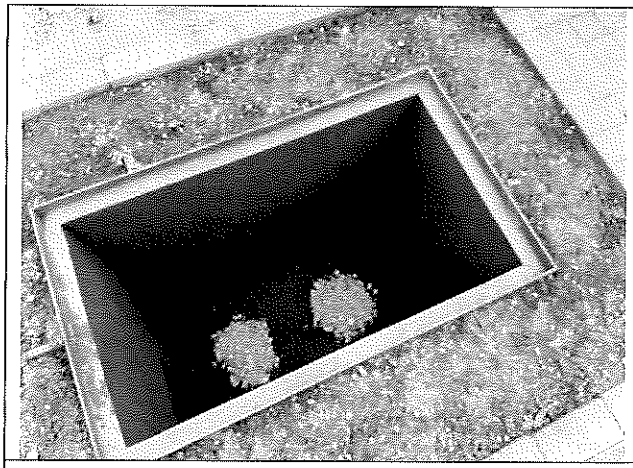


Fotografía N° 71

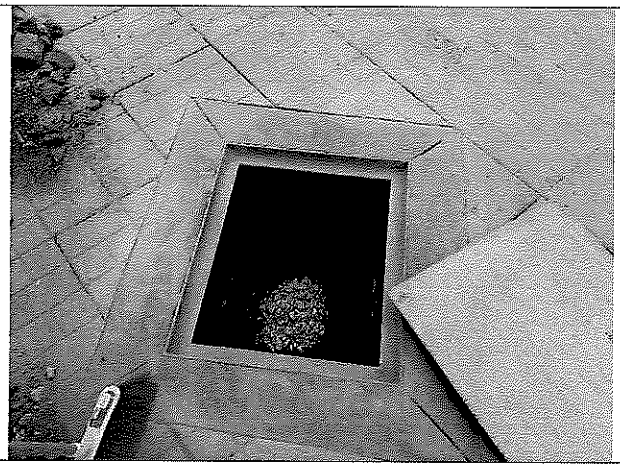


Fotografía N° 72

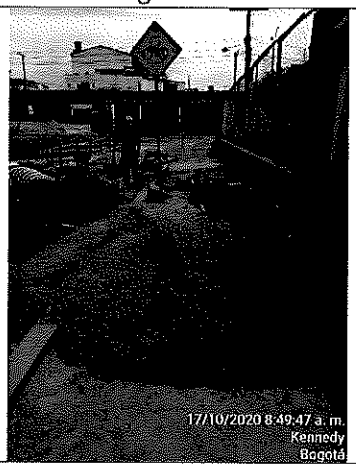
020



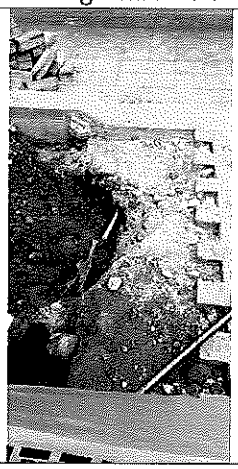
Fotografía N° 73



Fotografía N° 74



Fotografía N° 75



Fotografía N° 76



Fotografía N° 77



Fotografía N° 78



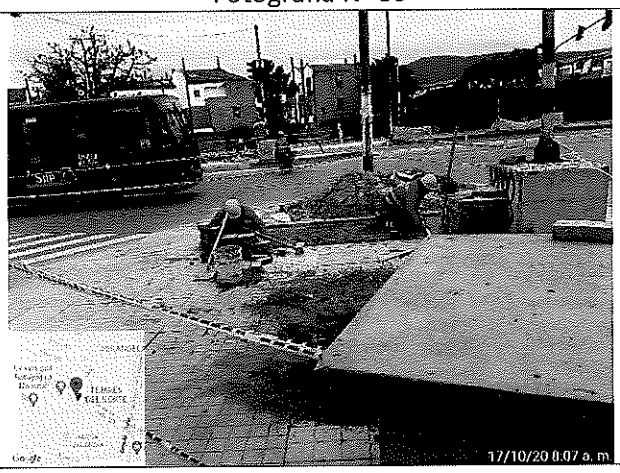
Fotografía N° 79



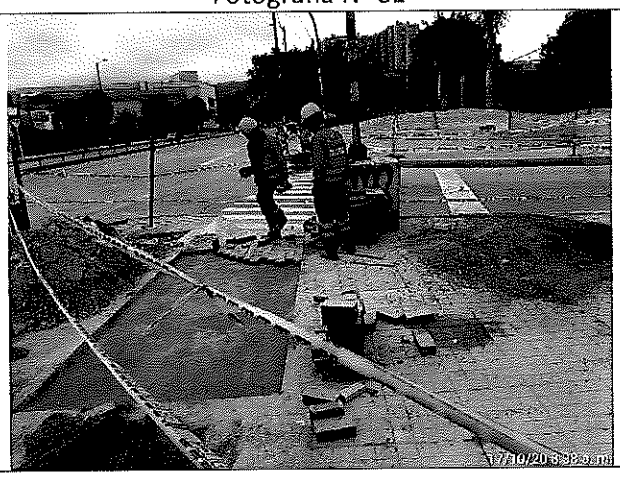
Fotografía N° 80



Fotografía N° 81



Fotografía N° 82



Fotografía N° 83



Fotografía N° 84

021



Fotografía N° 85



Fotografía N° 86

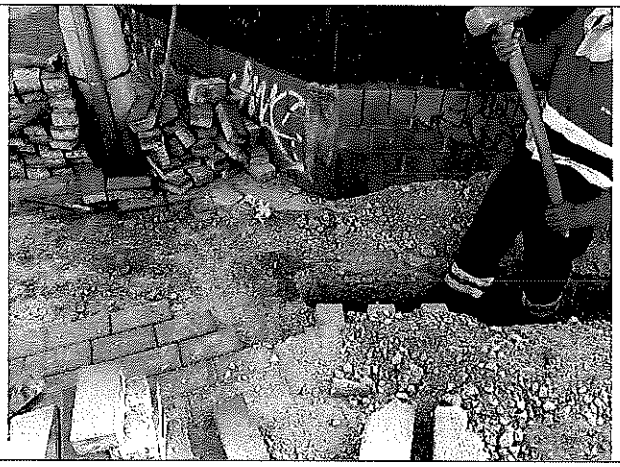


Fotografía N° 87

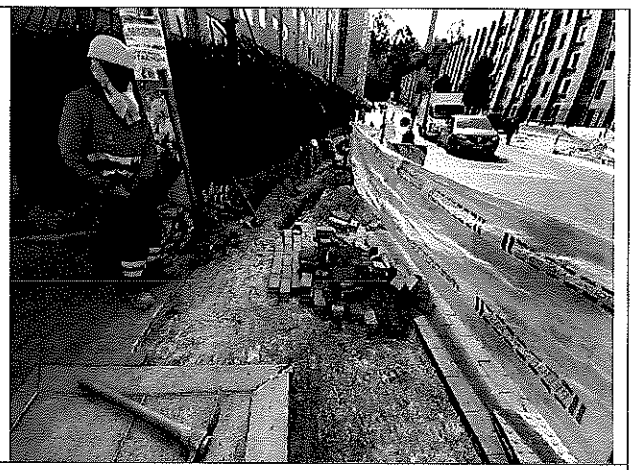


Fotografía N° 88

KR 92 X CL 158



Fotografía N° 89



Fotografía N° 90



Fotografía N° 91



Fotografía N° 92



Fotografía N° 93

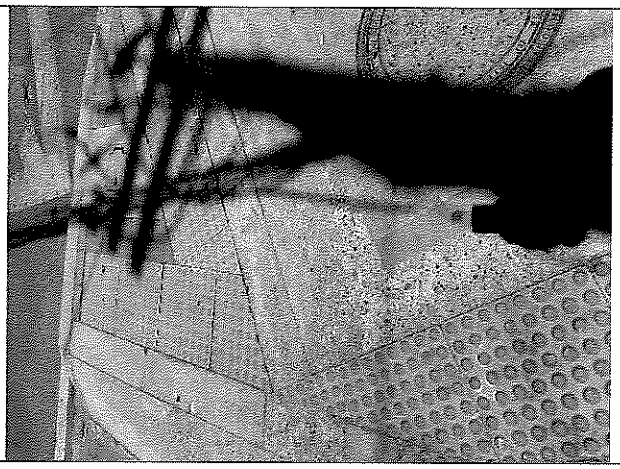


Fotografía N° 94



Fotografía N° 95

022



Fotografía N° 96



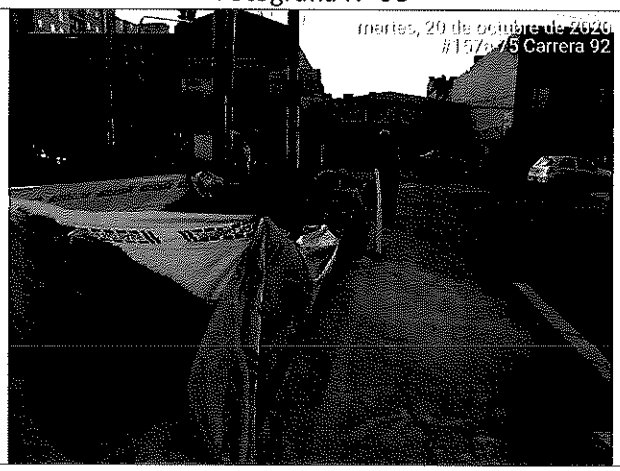
Fotografía N° 97



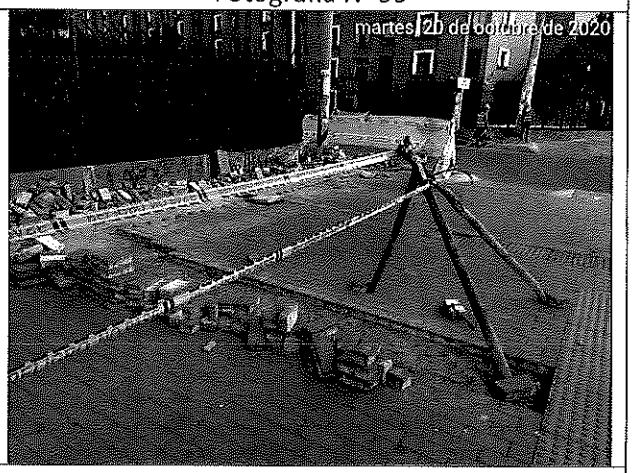
Fotografía N° 98



Fotografía N° 99



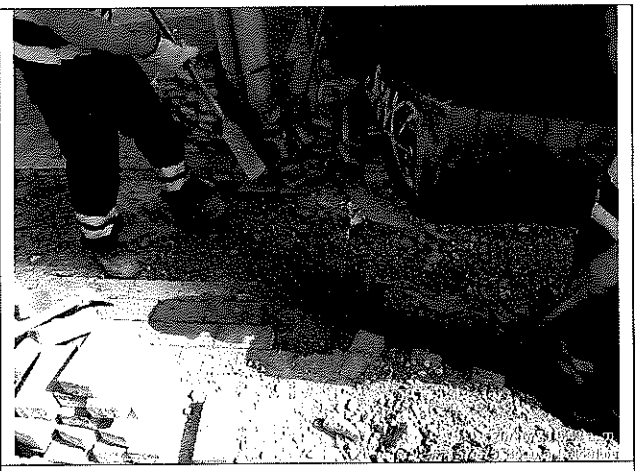
Fotografía N° 100



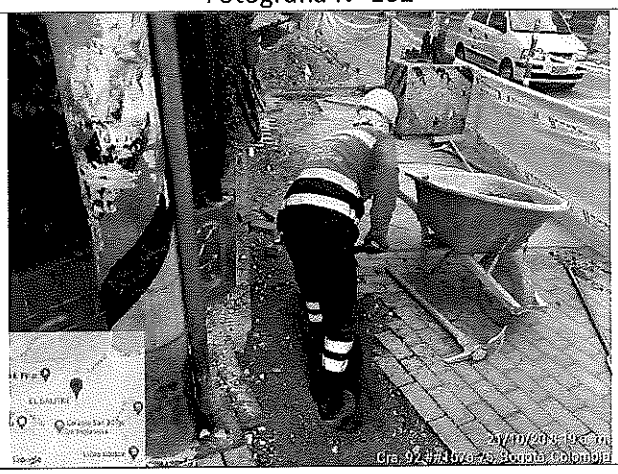
Fotografía N° 101



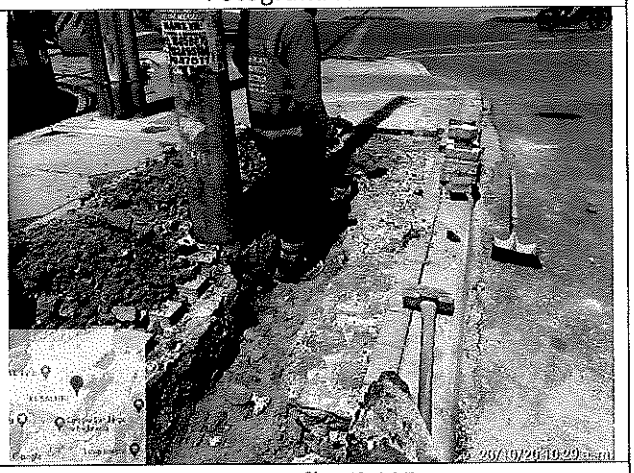
Fotografía N° 102



Fotografía N° 103



Fotografía N° 104



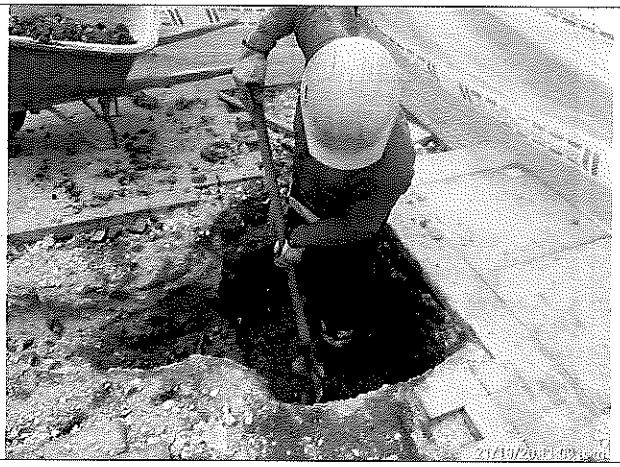
Fotografía N° 105



Fotografía N° 106



Fotografía N° 107



Fotografía N° 108



Fotografía N° 109



Fotografía N° 110



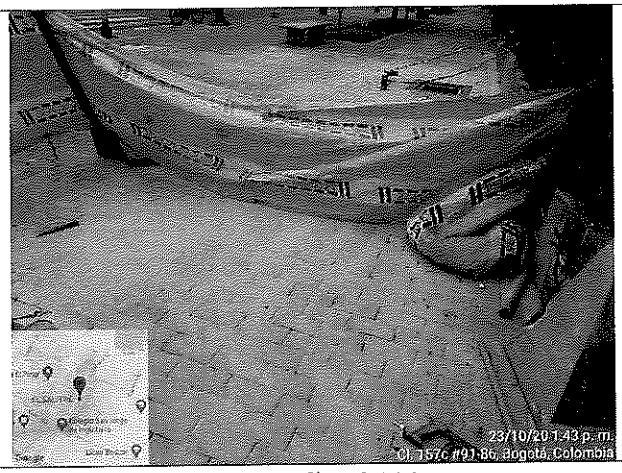
Fotografía N° 111



Fotografía N° 112



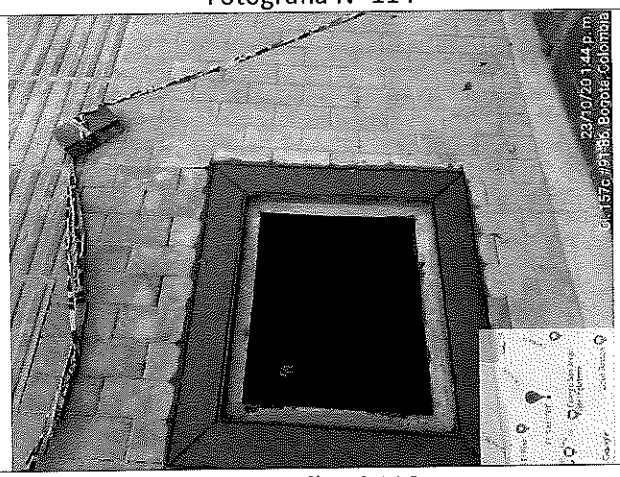
Fotografía N° 113



Fotografía N° 114



Fotografía N° 115



Fotografía N° 116



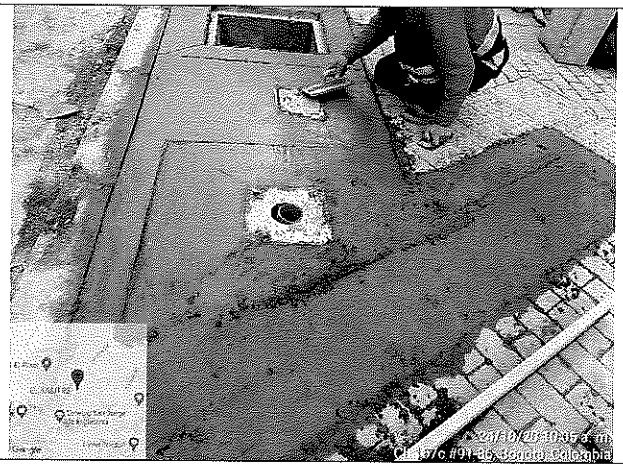
Fotografía N° 117



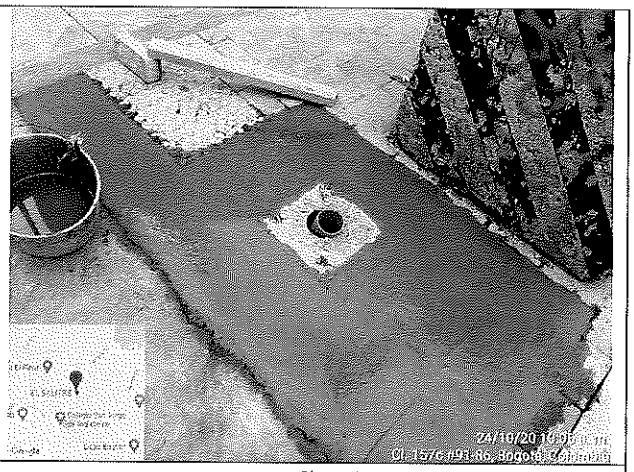
Fotografía N° 118



Fotografía N° 119



Fotografía N° 120



Fotografía N° 121



Fotografía N° 122



Fotografía N° 123



Fotografía N° 124



Fotografía N° 125



Fotografía N° 126



Fotografía N° 127

KR 73 X CL 26S



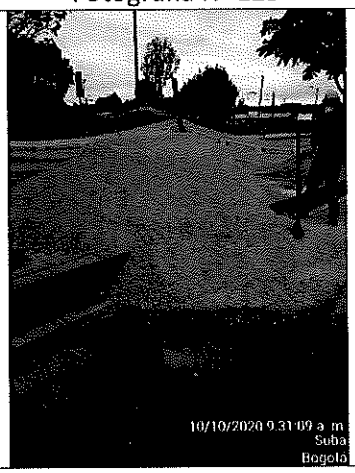
Fotografía N° 128



Fotografía N° 129



Fotografía N° 130



Fotografía N° 131



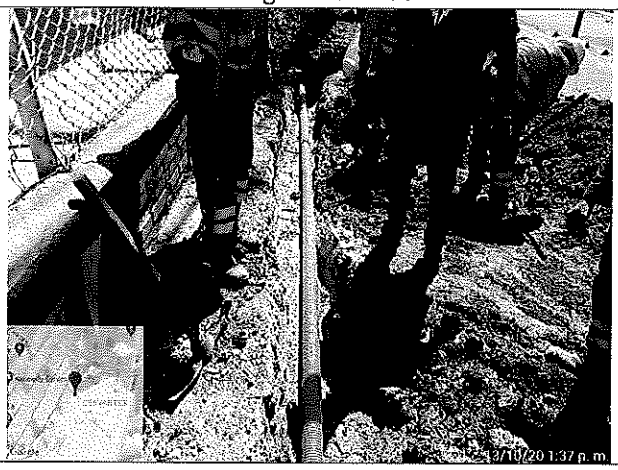
Fotografía N° 132



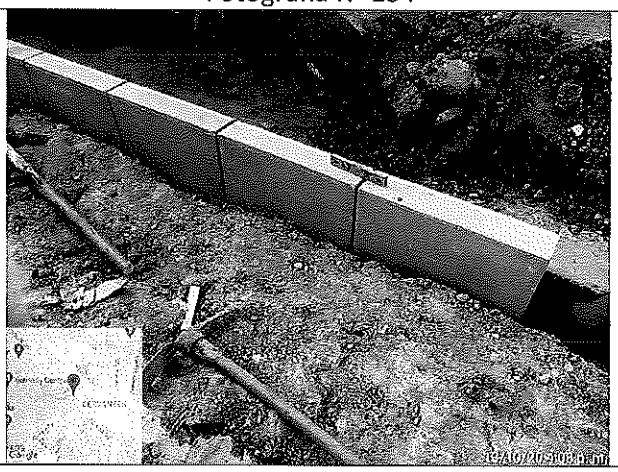
Fotografía N° 133



Fotografía N° 134



Fotografía N° 135



Fotografía N° 136



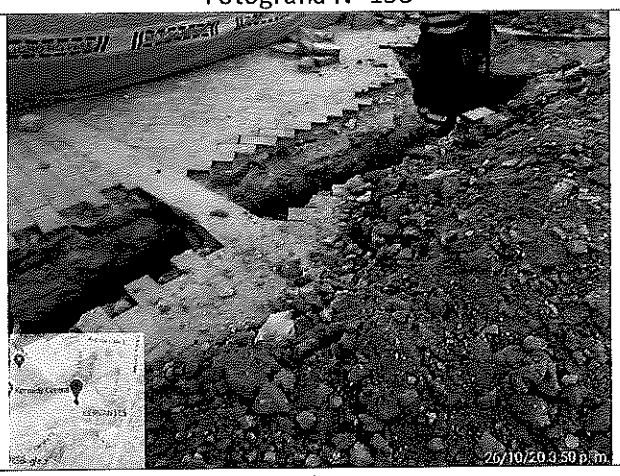
Fotografía N° 137



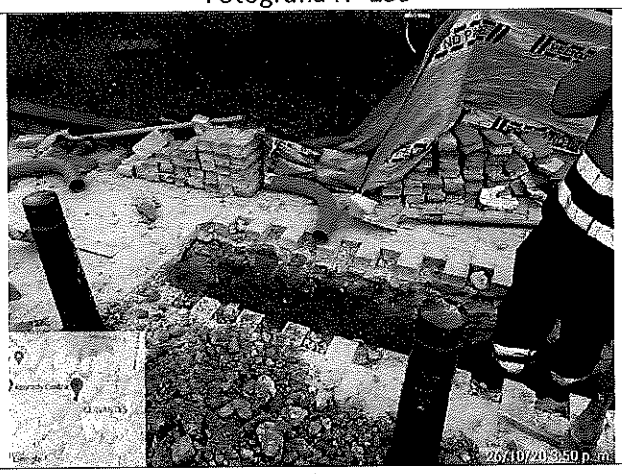
Fotografía N° 138



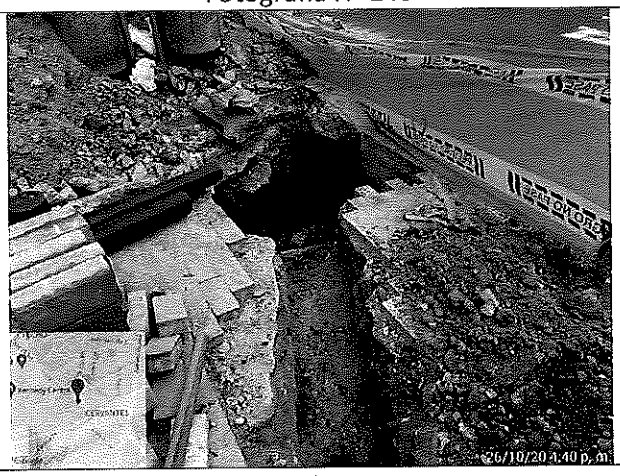
Fotografía N° 139



Fotografía N° 140



Fotografía N° 141



Fotografía N° 142



Fotografía N° 143

029



Fotografía N° 144



Fotografía N° 145



Fotografía N° 146



Fotografía N° 147



Fotografía N° 148



Fotografía N° 149



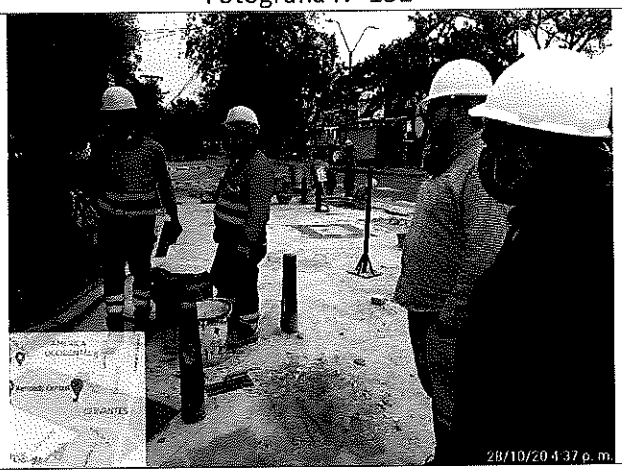
Fotografía N° 150



Fotografía N° 151



Fotografía N° 152



Fotografía N° 153

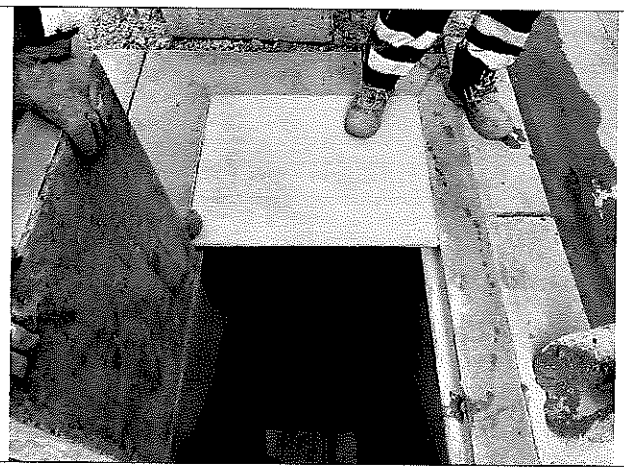


Fotografía N° 154

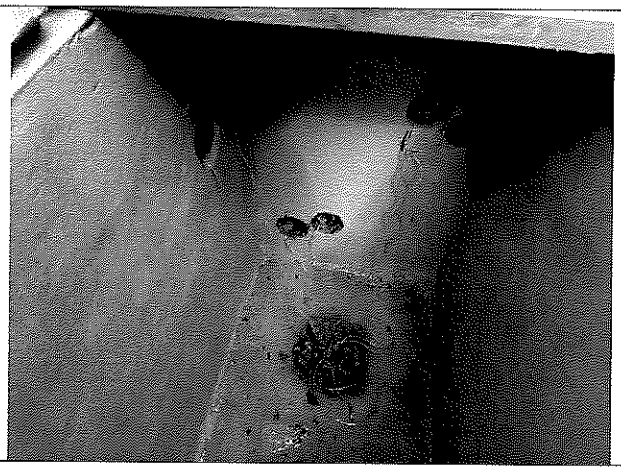


Fotografía N° 155

027



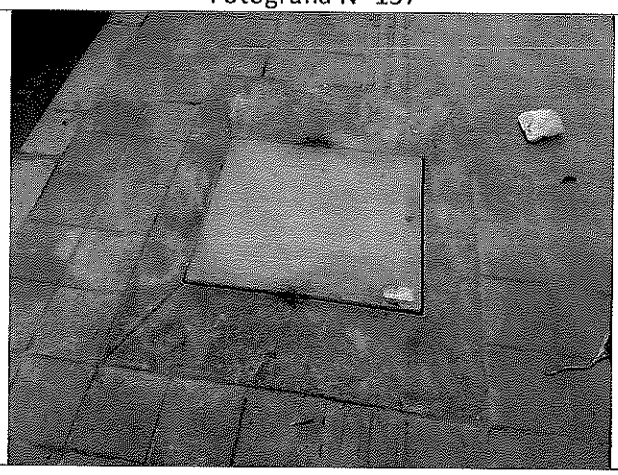
Fotografía N° 156



Fotografía N° 157



Fotografía N° 158



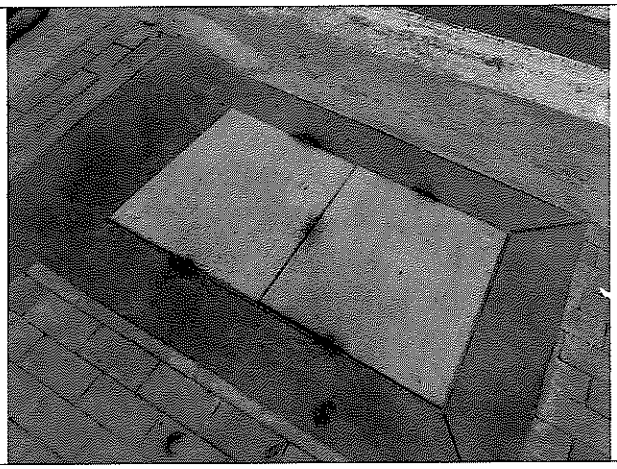
Fotografía N° 159



Fotografía N° 160



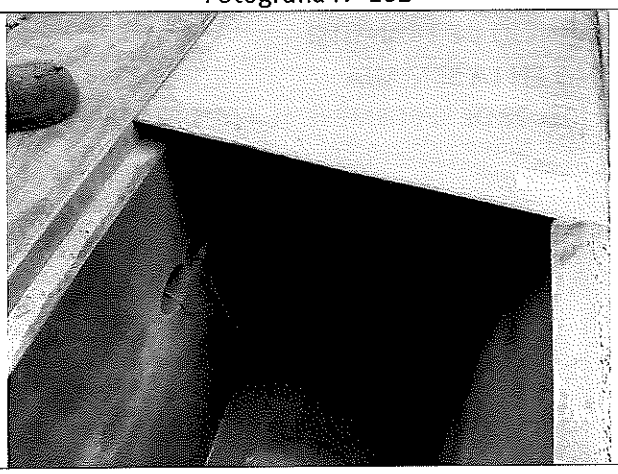
Fotografía N° 161



Fotografía N° 162



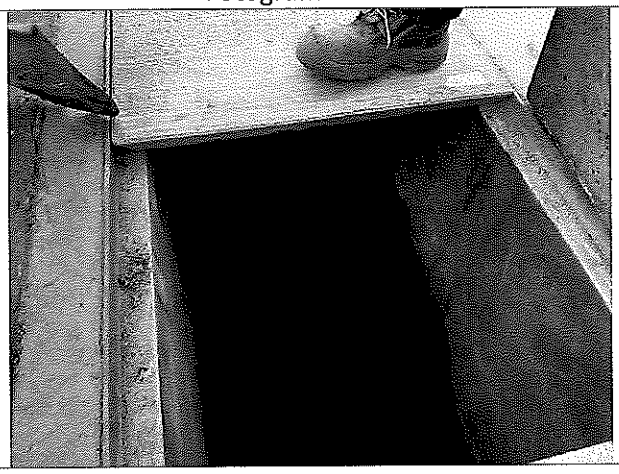
Fotografía N° 163



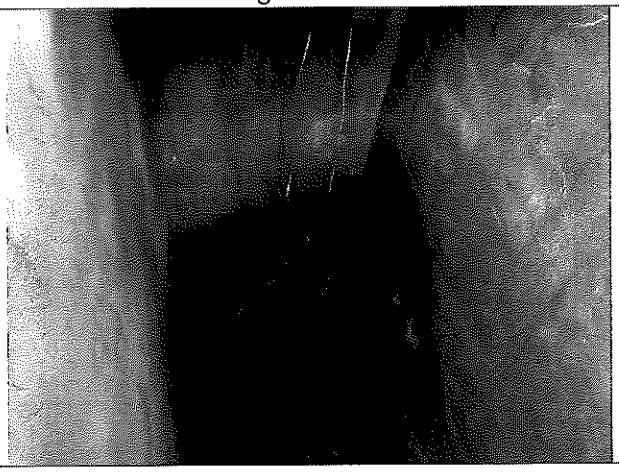
Fotografía N° 164



Fotografía N° 165



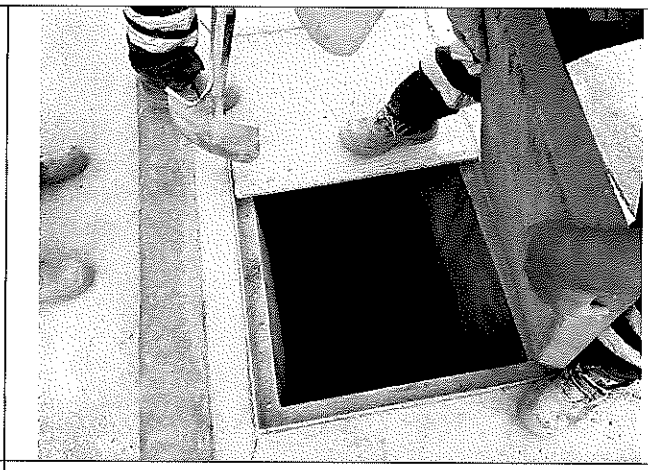
Fotografía N° 166



Fotografía N° 167



Fotografía N° 168



Fotografía N° 169

9. INFORME PLANES DE MANEJO DE TRANSITO

9.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA

9.1.1 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°25 (DEL 28 DE SEPTIEMBRE AL 4 DE OCTUBRE DE 2020)

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40	Se radico nuevamente por que en la ultima aprobacion se tenia problemas con las polizas del IDU.
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40	Se radico nuevamente por que en la ultima aprobacion se tenia problemas con las polizas del IDU.
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574	
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		
10	1691	1080	KR 74A X AC 72			Faltan insumos
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	

13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34	
17	1547	1865	KR 50B X CL 182	EN TRAMITE		Faltan insumos
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40	
27	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	EN TRAMITE		
28	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	EN TRAMITE		

9.1.2 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°26 (DEL 5 AL 11 DE OCTUBRE DE 2020)

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40	
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40	
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574	
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	

12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34	
17	1547	1865	KR 50B X CL 182	EN TRAMITE		Faltan insumos
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Se atieden observaciones del idu se radica 20/10/2020
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40	

9.1.3 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°27 (DEL 12 AL 18 DE OCTUBRE DE 2020)

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40	
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40	
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574	
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo

11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34	
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Se atieden observaciones del idu se radica 20/10/2020
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40	

9.1.4 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°28 (DEL 19 AL 25 DE OCTUBRE DE 2020)

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40	
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40	
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574	
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		Radicado en interventoría
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo

11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34	
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		Radicado en interventoría
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Radicado en interventoría
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		Radicado en interventoría
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40	
27	453	2217	Carrera 24 por Calle 53 B	EN TRAMITE		Elaboración de PMT
28	450	2217	TV 24 X DG 53C	EN TRAMITE		Elaboración de PMT
29	P242	-	KR 17 X CL 71 BIS SUR	EN TRAMITE		Radicado en interventoría
30	177	1194	AK 15 X CL 77	EN TRAMITE		Elaboración de PMT

9.1.5 ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEMANA N°29 (DEL 26 DE OCTUBRE AL 2 DE NOVIEMBRE DE 2020)

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40	
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40	
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574	

7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE	27/10/2020	Requiere modelo
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36	
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34	
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA	
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40	
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE	27/10/2020	Requiere modelo
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40	
27	453	2217	Carrera 24 por Calle 53 B	EN TRAMITE	27/10/2020	
28	450	2217	TV 24 X DG 53C	EN TRAMITE	27/10/2020	
29	P242	-	KR 17 X CL 71 BIS SUR	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria
30	177	1194	AK 15 X CL 77	EN TRAMITE	27/10/2020	
31			KR 17 X CL 71B BIS SUR	28/10/2020	COOS EMERGENCIA	

9.1 ACTIVIDADES PARA REALIZAR EL PROXIMO MES

Realizar la aprobacion de los planes de manejo de trafico y diseños de las siguientes direcciones:

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES
				Fecha	Radicado	
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS

031

18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoría
27	453	2217	Carrera 24 por Calle 53 B	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
28	450	2217	TV 24 X DG 53C	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
29	P242	-	KR 17 X CL 71 BIS SUR	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS
30	177	1194	AK 15 X CL 77	EN TRAMITE	27/10/2020	APROBACION POR COOS

10. INFORME DE DISEÑO

No	ID	EXT	DIRECCIÓN	VISITA	TOPOGRAFÍA	SOLICITUD CODENSA	RADICADO INTERVENTORÍA	OBSERVACIONES INTERVENTORÍA
1	1547	1865	KR 50B X CL 182	SI	SI	SI	SI	NO
2	1691	1080	KR 74 A X AC 72	SI	SI	SI	SI	NO
27	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	SI	SI	SI	NO	NO
28	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	SI	SI	SI	NO	NO
			KR 50X CL 63	SI	SI	SI	NO	NO

11. INFORME DE CALIDAD

INDICADORES DE GESTIÓN

INDICADORES DE GESTION OBJETIVOS DE CALIDAD			
FECHA	30/09/2020	INFORME MENSUAL N°	7
OBJETIVO N°1	Cumplir con los plazos estipulados	META	DIAS DE RETRASO
		2 dias	2
ACTIVIDADES QUE GENERARON RETRASO			
Presentacion del informe mensual de actividades presentado el dia 10 de Octubre de 2020			
OBJETIVO N°2	Queja y/o reclamo por parte del cliente	META	N° DE QUEJAS Y RECLAMOS
		2 quejas	0
ACTIVIDADES QUE GENERARON QUEJAS Y RECLAMOS			
FECHA			
OBJETIVO N°3		META	N° DE QUEJAS Y RECLAMOS

	Cumplir con especificaciones tecnicas y manuales de diseño del cliente	cumplir con especificaciones tecnicas, manuales de diseño y normas del contrato	0
ACTIVIDADES QUE GENERARON QUEJAS Y RECLAMOS			

11.1. CORRESPONDENCIA ENVIADA

CONSECUTIVO No	FECHA (DD-MM-AA)	ENTIDAD	PERSONA	REMITENTE (QUIEN FIRMA)	RADICACION		QUIEN RECIBE / QUIEN CONFIRMA / No. RADICACION	FECHA DE RADICADO (DD-MM-AA)	ASUNTO	LUGAR DE UBICACIÓN NOMBRE DE ARCHIVO Y/O CARPETA
					CORREO	PERSONAL				
N/A	1/10/2020	INSTITUTO DISTRITAL DE PATRIMONIO CULTURAL	-	Ing. Camilo Rosario	x		IDPC	1/10/2020	solicitud de intervencion de espacio publico	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	2/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	2/10/2020	Entrega de informe semanal semana N° 24	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	6/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	6/10/2020	informe semanal de obra y programaciones de obra	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-97-2020	9/10/2020	GAS NATURAL - VANTI-	-	Ing. Camilo Rosario	X		vanti	7/10/2020	Solicitud de acompañamiento y planos de redes	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-96-2020 Y AC2R-SEM-98-2020	7/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	7/10/2020	REMISION Oficio AC2R-SEM -96-2020 y AC2R-SEM-98-2020	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-99-2020	9/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	9/10/2020	remision oficio AC2R-SEM-99-2020 presentacion informe mensual N°06	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
N/A	15/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	15/10/2020	Documentos de obra	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
AC2R-SEM-101-2020	15/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	15/10/2020	Autorización de perforación dirigida KR 73 X CL 26S	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II

AC2R-SEM-102-2020	16/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	16/10/2020	Remision factura electronica N° 20	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-103-2020	19/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	19/10/2020	RESPUESTA COMUNICADO PIV-IMS-20191810-0342	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-104-2021	20/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	20/10/2020	RESPUESTA COMUNICADO PIV-IMS-20191810-0339	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
N/A	20/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	20/10/2020	radicacion infomes semanales	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
AC2R-SEM-105-2020	21/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	21/10/2020	Oficio AC2R-SEM-105-2020 informe mensual	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-106-2020	22/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	22/10/2020	reiteracion de aprobacion segundo camion	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
N/A	22/10/2020	GAS NATURAL - VANTI-	-	Ing. Camilo Rosario	X		-	22/10/2020	Solicitud de acompañamiento técnico	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	27/10/2020	PERSONERO DELEGADO MOVILIDAD	Alvaro Jose Giraldo Cadavid	Ing. Camilo Rosario	X		PERSONERIA	27/10/2020	Respuesta oficio SDM-SEMA-116634-2020	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-108-2020	27/10/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	27/10/2020	Presentacion de presupuestos	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS - CORRESPONDENCIA II
N/A	29/10/2020	INSTITUTO DISTRITAL DE PATRIMONIO CULTURAL	Arq. Jimena Perez	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	29/10/2020	Radicacion de documentos adicionales	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS

11 .2 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FECHA DE RECIBO DOCUMENTO	ENTIDAD QUE EMITE	CONSECUTIVO DE EMISION DE LA ENTIDAD	PERSONA REMITENTE QUIEN FIRMA LA CORRESPONDENCIA	PERSONA A QUIEN VA DIRIGIDA LA CORRESPONDENCIA	ASUNTO	PARA RESPONDER		No. CONSECUTIVO RESPUESTA	FIRMA	LUGAR DE UBICACIÓN NOMBRE DE ARCHIVO Y/O CARPETA
						SI	NO			

1/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Acta de reunion	X		2/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
2/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Autroizacion IDPC		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
7/10/2020	SECRETARIA DE MOVILIDAD	Correo electronico	Ing. Leydy tatiana Borda	Ing. Camilo Rosario	justificacion interseccion carrera 50 x calle 63	X		7/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	solicitud de informe mensual de actividades	X		9/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
9/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Documentos corte de obra	X		15/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
14/10/2020	SECRETARIA DE MOVILIDAD	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	APOYO MOVIMIENTO MOBILIARIO - INTERSECCION PATIO TRANSMILENIO CALLE 183		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
15/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	observaciones planillas y documentos informe	X		16/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
16/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	PIV-IMS-20191810-0340	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Respuesta Comunicación AC2R-SEM-98-2020 – Cambio de vehículo de transporte de personal operativo		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
16/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Liquidacion Consultoria		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II
16/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Documentos corte para firma		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
19/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Indicadores de gestión objetivos de calidad	X		19/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II

19/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	CARTA 10153620-6725-2020 GENERADA - SOLICITUD SC-06725-2020		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II
20/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Invitación: Comité de obra semanal mar 20 de oct de 2020 2pm - 3pm (COT) (semaforizacionac2r@gmail.com)		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
16/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Planes de manejo de tránsito pendientes	X		20/10/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
20/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	PIV-IMS-20191810-0346 - Respuesta a AC2R-SEM-96-2020	X				CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II
21/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	complemento obras civiles		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
22/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	SOLICITUD OBRAS CIVILES PARA COMPLEMENTOS		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
28/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Elaboración y revisión de diseños de semaforización		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
29/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Comunicación PIV-IMS-20191810-0349	X				CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II
29/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Comunicación PIV-IMS-20191810-0349-Imprevistos cto 2019-1874	X				CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS CORRESPONDENCIA II
29/10/2020	SECRETARIA DE MOVILIDAD	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	SOLICITUD DE PMT POR EMERGENCIA - CONTRATO DE SEMAFORIZACION 2019 1874		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
29/10/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Replanteo de obra		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS

11.3 CONTROL DE PAGO A PROVEEDORES

No.	DESCRIPCION DEL PAGO	VALOR DEL PAGO	PROVEEDOR O BENDEFICIARIO	NIT O DOCUMENTO	BANCO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	FECHA DE PAGO
1	AGREGADO Y RETIRO DE ESCOMBROS CONTRATO 2019-1874	$ 4.000.000	RAFAEL ANTONIO TAPIERO	80.372.291	EFECTIVO	N/A	N/A	2/10/2020
	ENTREGA DE MATERIALES: ARENA DE PEÑA, BASE GRANULA, ARENA DE RIO Y GRAVA	$ 8.364.300	RAFAEL ANTONIO TAPIERO	80.372.291	EFECTIVO	N/A	N/A	2/10/2020
19	83 BOLARDOS M-63 METALICO COLOR GRIS	$ 6.962.040,00	BRAKE PART N.S.C	80.166.710-5	BANCO DE BOGOTA	AHORROS	025259912	2/10/2020
21	AGREGADO Y RETIRO DE ESCOMBROS CONTRATO 2019-1874	$ 4.345.734	RAFAEL ANTONIO TAPIERO	80.372.291	EFECTIVO	N/A	N/A	26/10/2020
25	CEMENTO ARGOS	$ 2.325.000	SODIMAC COLOMBIA S.A.	800.242.106	EFECTIVO	N/A	N/A	20/10/2020
26	LOSETA CUADRATICA GRIS	$ 481.950	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	21/10/2020
27	TRANSPORTE PROD.TER	$ 296.158	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	16/10/2020

11.4 CONTROL DE ENSAYOS

FORMATO 10 RESULTADO ENSAYO DE COMPACTACIÓN			
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/10/2020	NOMBRE DEL PROYECTO	SEMAFORIZACION 2019-1874
INTERSECCION	**ESQUINA**	**FECHA DE REALIZACION**	**RESULTADOS**
KR 73 X CL 26 SUR	SUR ORIENTAL	17/10/2020	95.3
	SUR ORIENTAL	17/10/2020	96.0
CL 183 CON KR 54D	NORTE	15/10/2020	95.3
	SUR	15/10/2020	96.2
	SEPARADOR	15/10/2020	95.8
CL 53 X KR 17	NOR ORIENTAL	6/10/2020	95.9
	SUR ORIENTAL	6/10/2020	98.8
	SUR OCCIDENTAL	6/10/2020	95.2

12. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

1. El acta de inicio del contrato de obra 2019-1874 fue suscrita el 6 de marzo de 2020, a causa de la pandemia causada por el virus COVID-19 al contrato se le realizo la suspensión N°1 el día 30 de marzo de 2020 hasta el día 12 de abril de 2020, por motivo de continuación del estado de emergencia se genera la suspensión N°2 del 13 de abril de 2020 hasta el día 5 de mayo de 2020, desde el día 5 de mayo hasta el día de hoy el contrato lleva de ejecución 180 días.
2. A la fecha el contrato tiene un porcentaje de ejecución programado del 100%, versus el porcentaje ejecutado real es del 97.8%, presentando a la fecha un atraso del 88% de la ejecución del contrato, esto debido a las razones expuestas en los diferentes comunicados entre la interventoría y el contratista en donde se refleja que hoy no se ha iniciado la ejecución de actividades de obra.
3. Actualmente nos encontramos a la espera de la orden de trabajo N°3 y de la aprobacion de prórroga del contrato realizada mediante el oficio AC2R-SEM-94-2020.

ANEXO 1. INFORMES SEMANALES DE OBRA

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

REPORTE SEMANAL DE OBRA N°26 - CONTRATO 2019-1874

DEL 5 DE OCTUBRE AL 11 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID SIG	EXT	DIRECCION	TIPO DE ACTIVIDAD	ORDEN DE TRABAJO	VIGENCIA LICENCIA DE EXCAVACION		VIGENCIA PMT		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		EJECUCION ACTIVIDADES		AVANCE (%)	VALOR ESTIMADO
						INCIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN		
1	447	2735	TV 21 X DG 45D	Solución de obstrucciones e instalación de bajante	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
2	390	2005	KR 5 X CL 17	Correctivo	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
3	1691	1080	KR 74A X AC 72	Diseño de intersección	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
4	1575	3001	KR 73 X CL 26 SUR	NUEVA CON PLANO	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020 1/10/2020	19/10/2020 24/12/2020	28/09/2020 7/10/2020	19/10/2020 10/11/2020	7/10/2020		15%	$ 30.725.363
5	459	2314	AK 24 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 26.153.317
6	409	2309	KR 21 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 7.731.778
7	394	2126	KR 20 X AC 53	Sedebenimplementarvadospeatonalesalabeandolasesquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 37.741.011
8	364	2131	KR 18 X AC 53	Se debe incorporar el grupo peatonal 34, instalar poste T1 en el separador del costado occidental. Se deben implementar vados alabeados peatonales en los esquinas.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	10/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 18.907.866
9	353	2134	KR 17 X AC 53	Comparte equipo con la intersección Kr16 por Calle53. Se deben implementar vados peatonales en las esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 22.427.396
10	238	2014	AK 7 X AC 53	Se debe construir vados peatonales en el costado oriental y norte de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020	19/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 7.822.980
11	1449	1516	KR 92 X CL 158	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022	1/10/2020	24/12/2020	7/10/2020	26/10/2020	19/10/2020		25%	
12	1547	1865	KR 508 X CL 182	Esquema	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
13	404	2762	KR 16 X AC 32	CON PLANO INTERSECCIÓN DOBLE:kr16ykr17 EL BICICARRIL BIDIRECCIONAL SEA DOS A AL COSTADO SUR DEL SEPARADOR AC32. EN KR16 EL BICICARRIL SEA DOS A ALANDÉN COSTADO ORIENTAL. CONSTRUIR cinco(5)BASES ALARGAR EL SEPARADOR ORIENTAL RECORTAR SEPARADOR OCCIDENTAL. CONSTRIUR OCHO (8) RAMPAS.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
14	432	2762	KR 17 X AC 32	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
15	260	2054	KR 13 X CL 57	EN EL PLANO ELECTRICO SE NUESTRA LA RECUPERACION DE REDES DE SEMAFORIZACION Y CAJAS DE PASO-independización de redes.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
16			KR 9 X CL 127	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	15/09/2020	26/09/2020	16/09/2020	22/09/2020	16/09/2020	26/09/2020	100%	$ 4.403.116
17			KR 115 X AC 16	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	14/09/2020	26/09/2020	21/09/2020	24/09/2020	23/09/2020	25/09/2020	100%	$ 2.093.531
18	650	2688	KR 50 x CL 24	Mantenimientocorrectivo.Rehabilitaciónbaseaccidenteacueducto Serequiereelesquemaderedeseléctricasparaflujos24, 291 y 293	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
19	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntos de conexión de la nueva infraestructura	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	20/11/2020			4%	
20	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
21	643	1876	AK 104 x AC 145	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
22	818	3464	KR 69B x AC 26 S	Correctivo Construcción de base para poste	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
23			AK 50 x AC 63	Diseño de intersección	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
24			AK 50 x AC 63	Intersección nueva	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
25	1683	1075	KR 54D x AC 183	Intersección nueva Alta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	7/11/2020	7/10/2020		70%	
26	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
27	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

REPORTE SEMANAL DE OBRA N°26 - CONTRATO 2019-1874

DEL 5 DE OCTUBRE AL 11 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID SIG	EXT	DIRECCION	TIPO DE ACTIVIDAD	ORDEN DE TRABAJO	VIGENCIA LICENCIA DE EXCAVACION		VIGENCIA PMT		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		EJECUCION ACTIVIDADES		AVANCE (%)	VALOR ESTIMADO
						INCIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN		
1	447	2735	TV 21 X DG 45D	Solución de obstrucciones e instalación de bajante	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
2	390	2005	KR 5 X CL 17	Correctivo	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
3	1691	1080	KR 74A X AC 72	Diseño de intersección	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
4	1575	3001	KR 73 X CL 26 SUR	NUEVA CON PLANO	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020 1/10/2020	19/10/2020 24/12/2020	28/09/2020 7/10/2020	19/10/2020 10/11/2020	7/10/2020		15%	$ 30.725.363
5	459	2314	AK 24 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 26.153.317
6	409	2309	KR 21 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 7.731.778
7	394	2126	KR 20 X AC 53	Sedebenimplementarvadospeatonalesalabeandolasesquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 37.741.011
8	364	2131	KR 18 X AC 53	Se debe incorporar el grupo peatonal 34, instalar poste T1 en el separador del costado occidental. Se deben implementar vados alabeados peatonales en las esquinas.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	10/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 18.907.866
9	353	2134	KR 17 X AC 53	Comparte equipo con la Intersección Kr16 por Calle53. Se deben implementar vados peatonales en las esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 22.427.396
10	238	2014	AK 7 X AC 53	Se debe construir vados peatonales en el costado oriental y norte de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020	19/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 7.822.980
11	1449	1516	KR 92 X CL 158	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022	1/10/2020	24/12/2020	7/10/2020	26/10/2020	19/10/2020		25%	
12	1547	1865	KR 50B X CL 182	Esquema	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
13	404	2762	KR 16 X AC 32	CON PLANO INTERSECCIÓN DOBLE:kr16ykr17 EL BICICARRIL BIDIRECCIONAL SEA DOS A AL COSTADO SUR DEL SEPARADOR AC32. EN KR16 EL BICICARRIL SEA DOS A ALANDÉN COSTADO ORIENTAL. CONSTRUIR cinco(5)BASES ALARGAR EL SEPARADOR ORIENTAL RECORTAR SEPARADOR OCCIDENTAL. CONSTRIUR OCHO (8) RAMPAS.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
14	432	2762	KR 17 X AC 32	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
15	260	2054	KR 13 X CL 57	EN EL PLANO ELECTRICO SE NUESTRA LA RECUPERACION DE REDES DE SEMAFORIZACION Y CAJAS DE PASO-independización de redes.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
16			KR 9 X CL 127	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	15/09/2020	26/09/2020	16/09/2020	22/09/2020	16/09/2020	26/09/2020	100%	$ 4.403.116
17			KR 115 X AC 16	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	14/09/2020	26/09/2020	21/09/2020	24/09/2020	23/09/2020	25/09/2020	100%	$ 2.063.531
18	650	2688	KR 50 x CL 24	Mantenimientocorrectivo.Rehabilitaciónbaseaccidenteacueducto Serequiereelesquemaderedeseléctricasparafiujos24, 291 y 293	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
19	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntos de conexión de la nueva infraestructura	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	20/11/2020			4%	
20	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
21	643	1876	AK 104 x AC 145	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
22	818	3464	KR 69B x AC 26 S	Correctivo Construcción de base para poste	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
23			AK 50 x AC 63	Diseño de intersección	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
24			AK 50 x AC 63	Intersección nueva	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
25	1683	1075	KR 54D x AC 183	Intersección nueva Alta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	7/11/2020	7/10/2020		70%	
26	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	Setienefactibilidaddecodensa,eltramitelaculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
27	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	Setienefactibilidaddecodensa,eltramitelaculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

47033

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

REPORTE SEMANAL DE OBRA N°27 - CONTRATO 2019-1874

DEL 12 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID SIG	EXT	DIRECCION	TIPO DE ACTIVIDAD	ORDEN DE TRABAJO	VIGENCIA LICENCIA DE EXCAVACION		VIGENCIA PMT		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		EJECUCION ACTIVIDADES		AVANCE (%)	VALOR ESTIMADO
						INCIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN		
1	447	2735	TV 21 X DG 45D	Solución de obstrucciones e instalación de bajante	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
2	390	2005	KR 5 X CL 17	Correctivo	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
3	1691	1080	KR 74A X AC 72	Diseño de intersección	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
4	1575	3001	KR 73 X CL 26 SUR	NUEVA CON PLANO	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020 1/10/2020	19/10/2020 24/12/2020	28/09/2020 7/10/2020	19/10/2020 10/11/2020	7/10/2020		25%	$ 30.725.363
5	459	2314	AK 24 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 26.153.317
6	409	2309	KR 21 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 7.731.778
7	394	2126	KR 20 X AC 53	Sedebenimplementarvadospeatonalesalabeandolasesquinas de la Intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 37.741.011
8	364	2131	KR 18 X AC 53	Se debe incorporar el grupo peatonal 34, instalar poste T1 en el separador del costado occidental. Se deben implementar vados alabeados peatonales en las esquinas.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	10/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 18.907.866
9	353	2134	KR 17 X AC 53	Comparte equipo con la intersección Kr16 por Calle53. Se deben implementar vados peatonales en las esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 22.427.396
10	238	2014	AK 7 X AC 53	Se debe construir vados peatonales en el costado oriental y norte de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020	19/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 7.822.980
11	1449	1516	KR 92 X CL 158	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022	1/10/2020	24/12/2020	7/10/2020	26/10/2020	19/10/2020		35%	
12	1547	1865	KR 50B X CL 182	Esquema	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
13	404	2762	KR 16 X AC 32	CON PLANO INTERSECCIÓN DOBLE:kr16ykr17 EL BICICARRIL BIDIRECCIONAL SEA DOS A AL COSTADO SUR DEL SEPARADOR AC32. EN KR16 EL BICICARRIL SEA DOS A ALANDÉN COSTADO ORIENTAL. CONSTRUIR cinco(5)BASES ALARGAR EL SEPARADOR ORIENTAL RECORTAR SEPARADOR OCCIDENTAL. CONSTRIUR OCHO (8) RAMPAS.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
14	432	2762	KR 17 X AC 32	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
15	260	2054	KR 13 X CL 57	EN EL PLANO ELECTRICO SE NUESTRA LA RECUPERACION DE REDES DE SEMAFORIZACION Y CAJAS DE PASO- independización de redes.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
16			KR 9 X CL 127	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	15/09/2020	26/09/2020	16/09/2020	22/09/2020	16/09/2020	25/09/2020	100%	$ 4.403.116
17			KR 11S X AC 16	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	14/09/2020	26/09/2020	21/09/2020	24/09/2020	23/09/2020	25/09/2020	100%	$ 2.063.531
18	650	2688	KR 50 x CL 24	Mantenimientocorrectivo.Rehabilitaciónbaseaccidenteacueducto Serequiereelesquemaderodeseléctricasparaflujos24, 291 y 293	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
19	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntos de conexión de la nueva infraestructura	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	20/11/2020			5%	
20	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
21	643	1876	AK 104 x AC 145	Complemento peatonal Serequieresquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
22	818	3464	KR 69B x AC 26 S	Correctivo Construcción de base para poste	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
23			AK 50 x AC 63	Diseño de intersección	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
24			AK 50 x AC 63	Intersección nueva	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
25	1683	1075	KR 54D x AC 183	Intersección nueva Alta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	7/11/2020	7/10/2020		98%	
26	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
27	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

REPORTE SEMANAL DE OBRA N°28 - CONTRATO 2019-1874

DEL 19 DE OCTUBRE AL 25 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID SIG	EXT	DIRECCION	TIPO DE ACTIVIDAD	ORDEN DE TRABAJO	VIGENCIA LICENCIA DE EXCAVACION		VIGENCIA PMT		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		EJECUCION ACTIVIDADES		AVANCE (%)	VALOR ESTIMADO
						INCIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN		
1	447	2735	TV 21 X DG 45D	Solución de obstrucciones e instalación de bajante	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
2	390	2005	KR 5 X CL 17	Correctivo	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
3	1691	1080	KR 74A X AC 72	Diseño de intersección	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
4	1575	3001	KR 73 X CL 26 SUR	NUEVA CON PLANO	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020 1/10/2020	19/10/2020 24/12/2020	28/09/2020 7/10/2020	19/10/2020 10/11/2020	7/10/2020		60%	$ 144.643.567
5	459	2314	AK 24 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 26.153.317
6	409	2309	KR 21 X AC 53	Se requiere construir vados alabeados en los esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 7.731.778
7	394	2126	KR 20 X AC 53	Sedebenimplementarvadospeatonalesalabeandolasesquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	21/10/2020	17/09/2020	7/10/2020	100%	$ 37.741.011
8	364	2131	KR 18 X AC 53	Se debe incorporar el grupo peatonal 34, instalar poste T1 en el separador del costado occidental. Se deben implementar vados alabeados peatonales en las esquinas.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	15/09/2020	10/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 18.937.866
9	353	2134	KR 17 X AC 53	Comparte equipo con la intersección Kr16 por Calle53. Se deben implementar vados peatonales en las esquinas de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	6/09/2020	29/10/2020	17/09/2020	21/10/2020	20/09/2020	7/10/2020	100%	$ 22.427.396
10	238	2014	AK 7 X AC 53	Se debe construir vados peatonales en el costado oriental y norte de la intersección.	1	28/01/2020	28/01/2022	21/09/2020	19/10/2020	11/09/2020	15/10/2020	11/09/2020	28/09/2020	100%	$ 7.822.980
11	1449	1516	KR 92 X CL 158	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022	1/10/2020	24/12/2020	7/10/2020	26/10/2020	19/10/2020		99%	$ 75.330.580
12	1547	1865	KR 50B X CL 182	Esquema	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
13	404	2762	KR 16 X AC 32	CON PLANO INTERSECCIÓN DOBLE:kr16ykr17 EL BICICARRIL BIDIRECCIONAL SEA DOS A AL COSTADO SUR DEL SEPARADOR AC32. EN KR16 EL BICICARRIL SEA DOS A ALANDÉN COSTADO ORIENTAL. CONSTRUIR cinco(5)BASES ALARGAR EL SEPARADOR ORIENTAL RECORTAR SEPARADOR OCCIDENTAL. CONSTRIUR OCHO (8) RAMPAS.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
14	432	2762	KR 17 X AC 32	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
15	260	2054	KR 13 X CL 57	EN EL PLANO ELECTRICO SE NUESTRA LA RECUPERACION DE REDES DE SEMAFORIZACION Y CAJAS DE PASO- independización de redes.	1	28/01/2020	28/01/2022							0%	
16			KR 9 X CL 127	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	15/09/2020	26/09/2020	16/09/2020	22/09/2020	16/09/2020	26/09/2020	100%	$ 4.403.116
17			KR 115 X AC 16	EMERGENCIA	N/A	28/01/2020	28/01/2022	14/09/2020	26/09/2020	21/09/2020	24/09/2020	23/09/2020	25/09/2020	100%	$ 2.063.531
18	650	2688	KR 50 x CL 24	Mantenimientocorrectivo.Rohabilitaciónbaseaccidenteacueducto Serequiereelesquemaderedeseléctricasparaflujos24, 291 y 293	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
19	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntos de conexión de la nueva infraestructura	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	20/11/2020	26/10/2020		10%	$ 173.537.457
20	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
21	643	1876	AK 104 x AC 145	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntosde conexióndelanuevainfraestructuradepasos peatonales	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
22	818	3464	KR 69B x AC 26 S	Correctivo Construcción de base para poste	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
23			AK 50 x AC 63	Diseño de intersección	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
24			AK 50 x AC 63	Intersección nueva	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
25	1683	1075	KR 54D x AC 183	Intersección nueva Alta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	7/11/2020	7/10/2020		99%	148,586,631
26	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	
27	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	Setienefactibilidaddecodensa,eltramiteloculminala SDMAlta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022							0%	

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

630

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

REPORTE SEMANAL DE OBRA N°29 - CONTRATO 2019-1874

DEL 26 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID SIG	EXT	DIRECCION	TIPO DE ACTIVIDAD	ORDEN DE TRABAJO	VIGENCIA LICENCIA DE EXCAVACION		VIGENCIA PMT		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		EJECUCION ACTIVIDADES		AVANCE (%)	VALOR ESTIMADO
						INCIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN	INICIO	FIN		
4	1575	3001	KR 73 X CL 26 SUR	NUEVA CON PLANO	1	28/01/2020	28/01/2022	21/08/2020 1/10/2020	19/10/2020 24/12/2020	28/09/2020 7/10/2020	19/10/2020 10/11/2020	7/10/2020	3/11/2020	100%	$ 144.643.567
11	1449	1516	KR 92 X CL 158	CON PLANO.	1	28/01/2020	28/01/2022	1/10/2020	24/12/2020	7/10/2020	26/10/2020	19/10/2020	26/10/2020	100%	$ 75.330.580
19	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	Complemento peatonal Serequiereesquemaderedeseléctricasparaconocerpuntos de conexión de la nueva infraestructura	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	20/11/2020	26/10/2020		35%	$ 173.537.457
25	1683	1075	KR 54D x AC 183	Intersección nueva Alta prioridad	2	28/01/2020	28/01/2022	2/10/2020	23/12/2020	7/10/2020	7/11/2020	7/10/2020	27/10/2020	100%	$ 148.586.631
28			KR 17 X CL 71B BIS SUR	EMERGENCIA	3	28/01/2020	28/01/2022	28/10/2020	7/11/2020	3/11/2020	7/11/2020	3/11/2020		5%	$ 4.117.274

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

040

ANEXO 2. INFORMES SEMANALES DE PLANES DE MANEJO DE TRAFICO

041

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 26 INFORME EJECUTIVO PLANES DE MANEJO DE TRANSITO

DEL 5 DE OCTUBRE AL 11 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES	ACCIONES REALIZADA A LAS OBSERVACIONES	IDU
				Fecha	Radicado			
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40			
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40			
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574			
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40			
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo		
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34			
17	1547	1865	KR 50B X CL 182	EN TRAMITE		Faltan insumos		
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo		
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Se atieden observaciones del idu se radica 20/10/2020		
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo		
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40			

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 27 INFORME EJECUTIVO PLANES DE MANEJO DE TRANSITO

DEL 12 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES	ACCIONES REALIZADA A LAS OBSERVACIONES	IDU
				Fecha	Radicado			
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40			
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40			
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574			
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40			
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo		
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34			
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo		
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Se atieden observaciones del idu se radica 20/10/2020		
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo		
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		se radica el 22/10/2020		
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40			

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 28 INFORME EJECUTIVO PLANES DE MANEJO DE TRANSITO

DEL 19 DE OCTUBRE AL 25 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES	ACCIONES REALIZADA A LAS OBSERVACIONES	IDU
				Fecha	Radicado			
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40			
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40			
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574			
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40			
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE		Radicado en interventoria		
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE		Requiere modelo		
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34			
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE		Radicado en interventoria		
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
20			KR 11S X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo		
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE		Radicado en interventoria		
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE		Requiere modelo		
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE		Radicado en interventoria		
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40			
27	453	2217	Carrera 24 por Calle 53 B	EN TRAMITE		Elaboracion de PMT		
28	450	2217	TV 24 X DG 53C	EN TRAMITE		Elaboracion de PMT		
29	P242	-	KR 17 X CL 71 BIS SUR	EN TRAMITE		Radicado en interventoria		
30	177	1194	AK 15 X CL 77	EN TRAMITE		Elaboracion de PMT		

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 29 INFORME EJECUTIVO PLANES DE MANEJO DE TRANSITO

DEL 26 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DE 2020

N°	ID	EXT	DIRECCIÓN	RADICADO SDM		OBSERVACIONES	ACCIONES REALIZADA A LAS OBSERVACIONES	IDU
				Fecha	Radicado			
1	1575	3001	KR 73 X CL 26 S	1/10/2020	COOS 40			
2	1449	1516	KR 92 X CL 158	1/10/2020	COOS 40			
3	404	2762	KR 16 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
4	432	2762	KR 17 X AC 32	1/10/2020	COOS 40	EN TRAMITE DE AUTORIZACION CON IDPC		
5	1102	3669	AV.BOYACA X CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
6	1109	3665	AV.BOYACA X KR 33	15/09/2020	141574			
7	1683	1075	KR 54D X AC 183	1/10/2020	COOS 40			
8	447	2735	TV 21 X DG 45D	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria		
9	390	2005	KR 5 X CL 17	EN TRAMITE	27/10/2020	Requiere modelo		
11	459	2314	AK 24 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
12	409	2309	KR 21 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
13	394	2126	KR 20 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
14	364	2131	KR 18 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
15	353	2134	KR 17 X AC 53	3/09/2020	COOS 36			
16	238	2014	AK 7 X AC 53	20/08/2020	COOS 34			
18	260	2054	KR 13 X CL 57	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria		
19			KR 9 X CL 127	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
20			KR 115 X AC 16	14/09/2020	COOS EMERGENCIA			
21	650	2688	KR 50 x CL 24	EN TRAMITE		Requiere modelo		
22	1102	3669	AV BOYACA (KR 19) x CL 60C S	1/10/2020	COOS 40			
23	1109	3665	KR 33 x AV BOYACA (CL 56A S)	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria		
24	643	1876	AK 104 x AC 145	EN TRAMITE	27/10/2020	Requiere modelo		
25	818	3464	KR 69B x AC 26 S	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria		
26	1683	1075	KR 54D x AC 183	1/10/2020	COOS 40			
27	453	2217	Carrera 24 por Calle 53 B	EN TRAMITE	27/10/2020	Elaboracion de PMT		
28	450	2217	TV 24 X DG 53C	EN TRAMITE	27/10/2020	Elaboracion de PMT		
29	P242	-	KR 17 X CL 71 BIS SUR	EN TRAMITE	27/10/2020	Radicado en interventoria		
30	177	1194	AK 15 X CL 77	EN TRAMITE	27/10/2020	Elaboracion de PMT		
31			KR 17 X CL 71B BIS SUR	28/10/2020	COOS EMERGENCIA			

ANEXO 3. INFORMES SEMANALES DE DISEÑO

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 26 INFORME EJECUTIVO DISEÑOS

DEL 5 DE OCTUBRE AL 11 DE OCTUBRE DE 2020

No	ID	EXT	DIRECCIÓN	VISITA	TOPOGRAFÍA	SOLICITUD CODENSA	RADICADO INTERVENTORÍA	OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	ATENCIÓN OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	RADICADO SDM	OBSERVACIONES SDM	ATENCIÓN OBSERVACIONES SDM	APROBACIÓN	% AVANCE
1	1547	1865	KR 50B X CL 182	SI	SI	SI	NO	NO						
2	1691	1080	KR 74 A X AC 72	SI	SI	SI	NO	NO						
3	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	SI	SI	SI	NO	NO						
4	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	SI	SI	SI	NO	NO						

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 27 INFORME EJECUTIVO DISEÑOS

DEL 12 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2020

No	ID	EXT	DIRECCIÓN	VISITA	TOPOGRAFÍA	SOLICITUD CODENSA	RADICADO INTERVENTORÍA	OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	ATENCIÓN OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	RADICADO SDM	OBSERVACIONES SDM	ATENCIÓN OBSERVACIONES SDM	APROBACIÓN	% AVANCE
1	1547	1865	KR 50B X CL 182	SI	SI	SI	NO	NO						
2	1691	1080	KR 74 A X AC 72	SI	SI	SI	NO	NO						
3	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	SI	SI	SI	NO	NO						
4	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	SI	SI	SI	NO	NO						
5			KR 50X CL 63	SI	SI	SI	NO	NO						

038

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 28 INFORME EJECUTIVO DISEÑOS

DEL 19 DE OCTUBRE AL 25 DE OCTUBRE DE 2020

No	ID	EXT	DIRECCIÓN	VISITA	TOPOGRAFÍA	SOLICITUD CODENSA	RADICADO INTERVENTORÍA	OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	ATENCIÓN OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	RADICADO SDM	OBSERVACIONES SDM	ATENCIÓN OBSERVACIONES SDM	APROBACIÓN	% AVANCE
1	1547	1865	KR 50B X CL 182	SI	SI	SI	NO	NO						
2	1691	1080	KR 74 A X AC 72	SI	SI	SI	NO	NO						
27	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	SI	SI	SI	NO	NO						
28	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	SI	SI	SI	NO	NO						
			KR 50X CL 63	SI	SI	SI	NO	NO						

690

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

SEMANA N° 29 INFORME EJECUTIVO DISEÑOS

DEL 26 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DE 2020

No	ID	EXT	DIRECCIÓN	VISITA	TOPOGRAFÍA	SOLICITUD CODENSA	RADICADO INTERVENTORÍA	OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	ATENCIÓN OBSERVACIONES INTERVENTORÍA	RADICADO SDM	OBSERVACIONES SDM	ATENCIÓN OBSERVACIONES SDM	APROBACIÓN	% AVANCE
1	1547	1865	KR 50B X CL 182	SI	SI	SI	SI	NO						
2	1691	1080	KR 74 A X AC 72	SI	SI	SI	SI	NO						
27	1690	2962	KR 116 x DG 16 (ADICIONAL EL DISEÑO DE LA ACOMETIDA ELECTRICA)	SI	SI	SI	NO	NO						
28	1692	1078	AK 9 Y AK 11 x CL 127	SI	SI	SI	NO	NO						
			KR 50X CL 63	SI	SI	SI	NO	NO						

ANEXO 4. RESULTADOS ENSAYOS DE DENSIDADES

GEOCRETOS
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

Bogota DC Noviembre 4 de 2020

Señores
AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS
PROYECTO SEMAFORIZACION
Ciudad

Respetados Señores

Hacemos entrega de los ensayos realizados a las muestras tomadas para el contrato en referencia tal como se especifican a continuación

FECHA	MUESTRA	LOCALIZACION	ENSAYOS REALIZADOS
VARIOS	SUB-BASE	CL 183 , CL 26 SUR Y CL 53	DENSIDADES EN EL TERRENO

Sin otro particular nos suscribimos, deseando éxitos en sus labores diarias.

Cordialmente

GEOCRETOS INGENIERIA S.A.S.
NIT.: 900.802.749 - 4

RICARDO LARROTA MANRIQUE
Gerente
GEOCRETOS
Laboratorio de Ingenieria Civil

GEOCRETOS
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

INV - E - 162

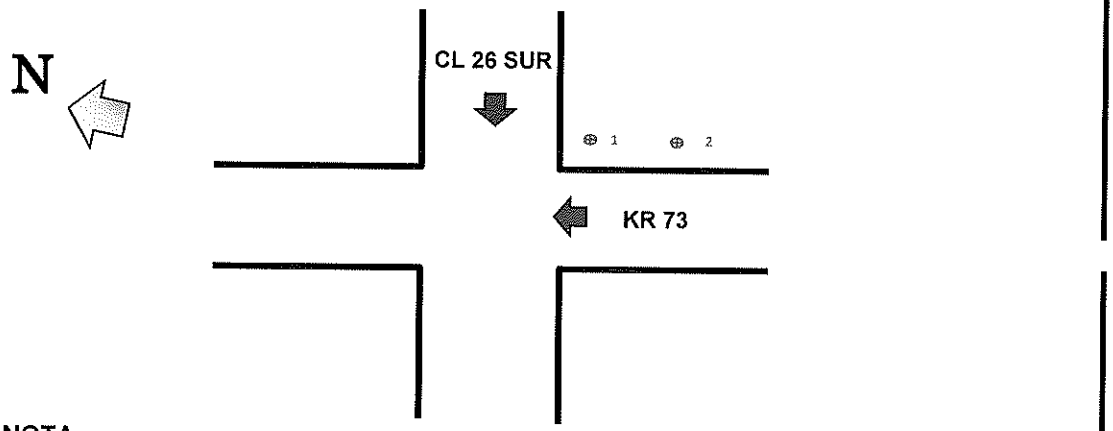
REF. **GDEN-120201-154-8**

CLIENTE	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	**FECHA DE TOMA**	Oct 17 de 2020
OBRA	SEMAFORIZACION CALLE 26 SUR	**FECHA DE INFORME**	Nov 4 de 2020
LOCALIZACION	CALLE 26 SUR CON KR 73		
MATERIAL	SUB-BASE	**MUNICIPIO**	BOGOTA DC

DENSIDADES EN EL TERRENO
METODO CONO Y ARENA

Densidad No		1	2				
Capa		ULTIMA	ULTIMA				
Abscisa (aproximada por lab)		S-W	S-W				
Peso frasco + arena inicial	gr	6152	6136				
Peso frasco + arena final	gr	3150	3072				
Peso total arena usada	gr	3002	3064				
Constante del cono	gr	1602	1602				
Peso arena en el hueco	gr	1400	1462				
Densidad de la arena	gr/cm	1,42	1,42				
Volumen del hueco	cm	986	1030				
Peso material humedo	gr	2098	2225				
Humedad del material	%	6,4	7,3				
Peso material seco	gr	1972	2074				
Densidad del material	gr/cm	2,000	2,014				
Densidad max del material	gr/cm	2,098	2,098				
Grado de compactacion	%	**95,3**	**96,0**				

ESQUEMA DE LOCALIZACION DENSIDADES



NOTA

PEDRO ESTEPA	ING RICARDO LARROTA	GEOCRETOS
LABORATORISTA	REVISO	APROBO

OFICINA Y LABORATORIO CALLE 42 SUR No 79F-38 ESTADOS UNIDOS KENNEDY MOVIL 3123583209 TELEFAX 4831904 E MAIL
geocretoslaboratorio@gmail.com pagina web www.geocretos.com.co

GEOCRETOS
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

INV - E - 162

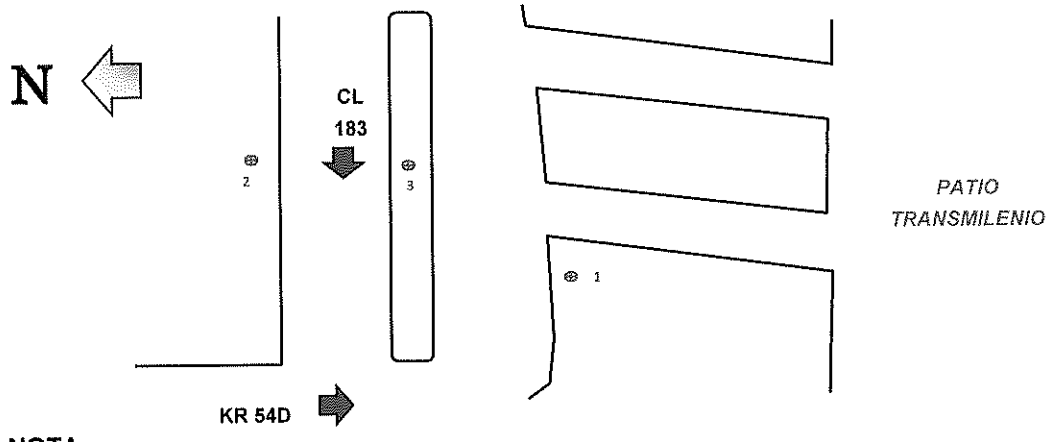
REF. GDEN-120201-154-7

CLIENTE	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	**FECHA DE TOMA**	Oct 15 de 2020
OBRA	SEMAFORIZACION CALLE 183	**FECHA DE INFORME**	Nov 4 de 2020
LOCALIZACION	CALLE 183 CON KR 54D		
MATERIAL	SUB-BASE	**MUNICIPIO**	BOGOTA DC

DENSIDADES EN EL TERRENO
METODO CONO Y ARENA

Densidad No		1	2	3			
Capa		ULTIMA	ULTIMA	ULTIMA			
Abscisa (aproximada por lab)		CALZADA SUR	CALZADA NORTE	SEPARADOR			
Peso frasco + arena inicial	gr	6588	6538	6492			
Peso frasco + arena final	gr	3258	3149	3305			
Peso total arena usada	gr	3330	3389	3187			
Constante del cono	gr	1602	1602	1602			
Peso arena en el hueco	gr	1728	1787	1585			
Densidad de la arena	gr/cm	1,42	1,42	1,42			
Volumen del hueco	cm	1217	1258	1116			
Peso material humedo	gr	2646	2714	2404			
Humedad del material	%	7,7	7,9	7,2			
Peso material seco	gr	2457	2515	2243			
Densidad del material	gr/cm	2,019	1,999	2,009			
Densidad max del material	gr/cm	2,098	2,098	2,098			
Grado de compactacion	%	**96,2**	**95,3**	**95,8**			

ESQUEMA DE LOCALIZACION DENSIDADES



NOTA

PEDRO ESTEPA — LABORATORISTA

ING RICARDO LARROTA — REVISO

APROBO

OFICINA Y LABORATORIO CALLE 42 SUR No 79F-38 ESTADOS UNIDOS KENNEDY MOVIL 3123583209 TELEFAX 4831904 E MAIL
geocretoslaboratorio@gmail.com pagina web www.geocretos.com.co

GEOCRETOS
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

INV - E - 162

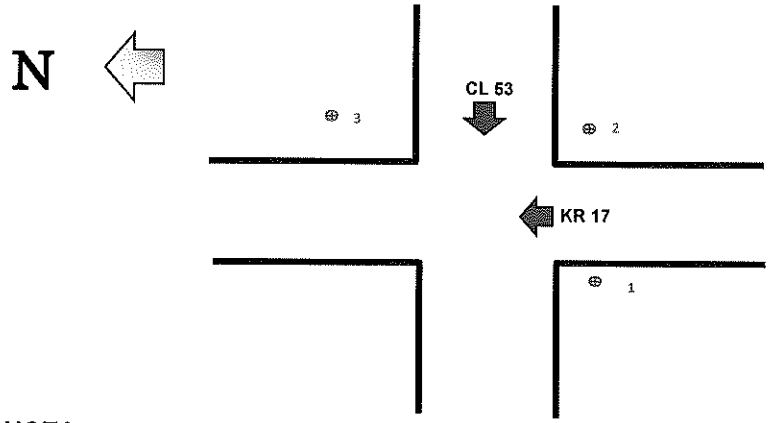
REF. **GDEN-120201-154-6**

CLIENTE	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	**FECHA DE TOMA**	Oct 6 de 2020
OBRA	SEMAFORIZACION CALLE 53	**FECHA DE INFORME**	Nov 4 de 2020
LOCALIZACION	CALLE 53 CON KR 17		
MATERIAL	SUB-BASE	**MUNICIPIO**	BOGOTA DC

DENSIDADES EN EL TERRENO
METODO CONO Y ARENA

Densidad No		1	2	3			
Capa		ULTIMA	ULTIMA	ULTIMA			
Abscisa (aproximada por lab)		N-W	S-E	N-W			
Peso frasco + arena inicial	gr	6209	6183	6161			
Peso frasco + arena final	gr	3146	3363	2974			
Peso total arena usada	gr	3063	2820	3187			
Constante del cono	gr	1602	1602	1602			
Peso arena en el hueco	gr	1461	1218	1585			
Densidad de la arena	gr/cm	1,42	1,42	1,42			
Volumen del hueco	cm	1029	858	1116			
Peso material humedo	gr	2244	1920	2406			
Humedad del material	%	8,4	8	7,9			
Peso material seco	gr	2070	1778	2230			
Densidad del material	gr/cm	2,012	2,073	1,998			
Densidad max del material	gr/cm	2,098	2,098	2,098			
Grado de compactacion	%	**95,9**	**98,8**	**95,2**			

ESQUEMA DE LOCALIZACION DENSIDADES



NOTA

PEDRO ESTEPA
LABORATORISTA

ING RICARDO LARROTA
REVISO

APROBO

OFICINA Y LABORATORIO CALLE 42 SUR No 79F-38 ESTADOS UNIDOS KENNEDY MOVIL 3123583209 TELEFAX 4831904 E MAIL
geocretoslaboratorio@gmail.com pagina web www.geocretos.com.co

ANEXO 5. CERTIFICADOS DE CALIDAD DE LOS PROVEEDORES

TERRATEST SAS

ACREDITADO ONAC

NO/IEC 17025:2017
LE-LAB-002

Fecha: 2019-10-03

Versión N°.: 14

FT - 131

INFORME DE CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO DE AGREGADOS GRUESOS Y FINOS

Orden de ensayo No.: 241-20

Procedimiento de Ensayo

DETERMINACIÓN DEL LIMITE LIQUIDO, DEL LIMITE PLASTICO Y DEL INDICE DE PLASTICIDAD	X	DETERMINACION DE LA HUMEDAD SUELOS Y AGREGADOS	-	DETERMINACION DEL CONTENIDO ORGANICO EN SUELOS MEDIANTE PERDIDA POR IGNICION	-	DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO DE MATERIAL FINO QUE PASA EL TAMIZ DE 75µm (No. 200) EN LOS AGREGADOS		

CLIENTE:	CONSTRUTURAR S.A.S				
PROYECTO:	977-PLANTA CONSTRUTURAR				
DIRECCIÓN:	CALLE 72 No. 10-70				
LOCALIZACIÓN:	NA				
APIQUE:	NA	**BARRENO:**	NA	**PERFORACIÓN:**	NA **MUESTRA N°:** 1
DESCRIPCIÓN VISUAL:	GRAVA ARENOSA HABANA			**TIPO DE MATERIAL:**	B-600
FECHA DE RECEPCIÓN:	2020-06-19			**PROCEDENCIA:**	PLANTA CONSTRUTURAR
FECHA INICIO ENSAYO:	2020-06-20	**FECHA FIN DE ENSAYO:**	2020-06-26	**PROFUNDIDAD(m):**	NA NA

MÉTODO DE ENSAYO PARA LA DETERMINACIÓN DEL LIMITE LÍQUIDO, DEL LIMITE PLÁSTICO Y DEL ÍNDICE DE PLASTICIDAD DE LOS SUELOS COHESIVOS

NTC-4630 (1998)	-	INV E-125/126 -13	X
MÉTODO DE PREPARACIÓN:	**VÍA HÚMEDA**	**VÍA SECA EN HORNO**	**VÍA SECA AL AIRE**
	-	-	X
LIMITE LIQUIDO: MÉTODO A	X	**MÉTODO B**	-
N°. de Golpes		-	
Recipiente N°.		-	
Masa Humeda + Recipiente (g)	NL	NL	NL
Masa Seca + Recipiente (g)		-	
Masa Recipiente (g)	-	-	
Humedad (%)	-	-	-
LÍMITE PLÁSTICO: MÉTODO: MANUAL	X	**APARATO DE ENROLLAMIENTO**	-
Recipiente N°		-	-
Masa Húmeda + Recipiente (g)		NP	NP
Masa Seca + Recipiente (g)		-	-
Masa Recipiente (g)		-	-
Humedad (%)		-	-
Masa de la muestra inicial (g)		1345,00	
Masa retenido en el tamiz No. 40 (g)		745,00	
Retenido en el tamiz No 40 (%)		55,4	

METODO PARA DETERMINAR POR LAVADO EL MATERIAL QUE PASA EL TAMIZ N° 200 EN AGREGADOS MINERALES

NTC-78:1995	-	INV E-214-13	-
Método (A o B)		**CONVENCIONES**	
Recipiente No.		Ma. g :	Masa humeda
Mb. (g)	-	Mb. g :	Masa seca sin lavar
Mc. (g)	-	Mc. g :	Masa seca lavada
Md. (g)	-	Md. g :	Masa Recipiente
Pasa/Tamiz No. 200 (%)	-	T. °C :	Temperatura de secado

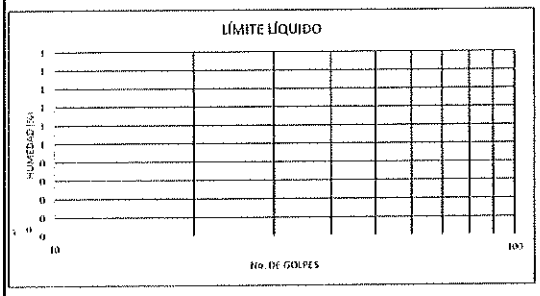
DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO ORGÁNICO DE UN SUELO MEDIANTE EL ENSAYO DE PERDIDA POR IGNICIÓN

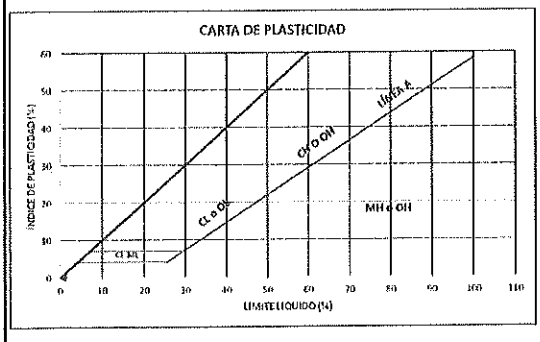
INV E-121(2013)

Crisol No.	-	Ubicación que se dará al resultado del ensayo	SIN DATO
Masa Suelo seco + crisol (g)	-		
Masa suelo seco calcinado+crisol (g)	-		
Masa Crisol (g)	-		
Contenido Organico (%)	-		

DETERMINACIÓN EN EL LABORATORIO DEL CONTENIDO DE AGUA DE MUESTRAS DE SUELO, ROCA Y MEZCLAS DE SUELO- AGREGADO CON BASE EN LA MASA

INV E-122-13	-	NTC-1495:2013	-
INV E-216-2013	-	NTC-1776:1994	-
Recipiente No.	-	Tamaño máximo (pasa 100%) (mm)	-
Ma. (g)	-	Método adoptado A o B	-
Mb. (g)	-	Material descartado (tamaño o cantidad)	-
Md. (g)	-	Contiene más de un tipo de suelo (Si/No)	-
Humedad (%)	-	Temperatura de secado °C	-





RESUMEN DE RESULTADOS

Limite Líquido (%)	-
Limite Plástico (%)	NP
Índice Plasticidad (%)	NP
Índice de Consistencia	-
Humedad (%)	-
Pasa/Tamiz No. 200 (%)	11,0
Contenido Organico (%)	-

CLASIFICACIÓN DE SUELOS INV E 180-13 Y 181-13 (Estos procedimientos no cuentan con acreditación ante el ONAC)

A.A.S.H.T.O.	INDICE DE GRUPO	0
	A-1-a	Fragmentos de rocas, gravas y arena
S.U.C.S.	GP-GM	Grava mal gradada con finos limosos

INCERTIDUMBRE TOMANDO UN K2 Y UN NIVEL DE CONFIANZA DE 95%

*Incertidumbre de ensayo análisis granulométrico	GRAVA (%)	+/- 2,01
	ARENA (%)	+/- 1,61
	FINOS (%)	+/- 0,64
*Incertidumbre de ensayo de límite líquido (%)		+/- 0,30
*Incertidumbre de ensayo de límite plástico (%)		+/- 0,02
*Incertidumbre de ensayo de humedad agregados (%)		+/- 0,29
*Incertidumbre de ensayo de humedad suelos (%)		+/- 0,05
*Incertidumbre de ensayo pasa tamiz No. 200 (%)		+/- 0,12
*Incertidumbre ensayo contenido organico (%)		+/- 0,57

OBSERVACIONES: MUESTRA

REVISÓ: JEFE DE LABORATORIO: ING. PABLO ANDRES CORONEL VIVAS

ESTE INFORME NO PODRÁ SER REPRODUCIDO SIN LA APROBACIÓN ESCRITA DE TERRATEST S.A.S
LOS RESULTADOS DE ESTE INFORME SOLO SON APLICABLES A LAS MUESTRAS ENSAYADAS

TERRATEST SAS

ACREDITADO ONAC

Fecha: 2019-10-03

Versión Nº.: 14

FT - 131A

INFORME DE CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO DE AGREGADOS GRUESOS Y FINOS

Orden de ensayo No.: 241-20

Procedimiento de Ensaye

PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO DE LOS AGREGADOS GRUESOS Y FINO

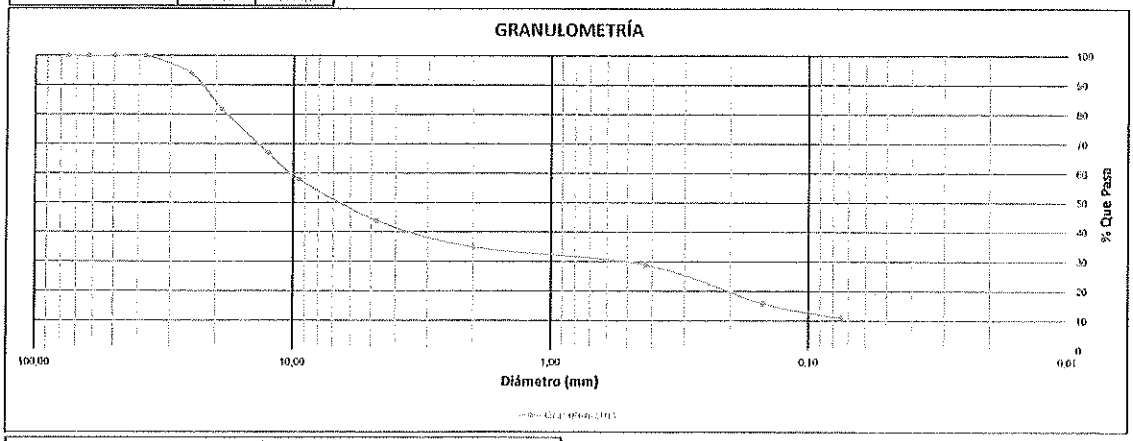
CLIENTE:	CONSTRITURAR S A S		
PROYECTO:	977 PLANTA CONSTRITURAR		
DIRECCIÓN:	CALLE 72 No. 10 76		
LOCALIZACIÓN:	NA		
APIQUE:	NA	BARRENO: NA	PERFORACIÓN: NA MUESTRA Nº: 3
DESCRIPCIÓN VISUAL:	GRAVA ARENOSA HABANA		TIPO DE MATERIAL: B 600
FECHA DE RECEPCIÓN:	2020 05 18		PROCEDENCIA: PLANTA CONSTRITURAR
FECHA INICIO ENSAYO:	2020 05 20	FECHA INICIO ENSAYO: 2020 05 26	PROFUNDIDAD(m): NA NA

ENSAYO PARA DETERMINAR LA GRANULOMETRIA POR TAMIZADO			
NTC-77:2018		Ma. (g)	13614,0
INV E-213-13	X	Mb. (g)	13466,0
MATERIAL DESCARTADO		Mc. (g)	11993,0
Tamaño máximo (mm)		Mc. M. Pasa el No. 4 (g)	4395,0
Cantidad (g)		Mc. M. Pasa el No. 4 Reducida (g)	810,4
T°C	110		

CONVENCIONES	
Ma. g =	Masa lavado
Mb. g =	Masa seca al horno
Mc. g =	Masa Seca Lavada
Md. g =	Masa Recipiente
T. °C =	Temperatura de secado

Tamiz		Masa Retenida (g)	Masa Real Retenida (g)	% Retenido	% Retenido Unificado	% Pasa Unificado	Especificación (%)	
in / No.	mm						-	-
3"	75,00		0,0	0,0	0,0	100	-	-
2 1/2"	63,00		0,0	0,0	0,0	100	-	-
2"	50,00		0,0	0,0	0,0	100	-	-
1 1/2"	37,50		0,0	0,0	0,0	100	-	-
1"	25,00	644,00	644,0	6,3	6,3	94	-	-
3/4"	19,00	1592,00	1592,0	11,8	18,1	82	-	-
1/2"	12,50	2016,00	2016,0	15,0	33,1	67	-	-
3/8"	9,50	1192,00	1192,0	8,9	42,0	58	-	-
Nº.4	4,75	1914,00	1914,0	14,2	56,2	44	-	-
Nº.10	2,00	223,11	1210,0	9,0	65,2	35	-	-
Nº.40	0,425	137,13	743,7	5,5	70,7	29	-	-
Nº.100	0,150	330,79	1794,0	13,3	84,0	16	-	-
Nº.200	0,075	119,33	647,2	4,8	88,8	11,0	-	-
FONDO		0,80	4,3					
FONDO TOTAL		1513,10	1513,1					

Tamaño Máximo (mm)	37,50
GRAVA	
3" - Nº4 (%)	68,2
Gruesa (%)	3" - 3/4" 18,1
Fina (%)	3/4" - No. 4 36,1
ARENA	
No.4 - 200 (%)	32,5
Gruesa(%)	No.4 - No.10 9,0
Media (%)	No.10 - No.40 5,5
Fina (%)	No.40 - No.200 18,1
FINOS	
<0,075 mm (%)	11,0
D_{60}	19,027 mm 60 %
D_{30}	0,550 mm 30 %
D_{10}	NO APLICA 10 %
C_U	NO APLICA
C_C	NO APLICA



INCERTIDUMBRE TOMANDO UN K2 Y UN NIVEL DE CONFIANZA DE 95%	
*INCERTIDUMBRE DE ENSAYO ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO GRAVAS ± %	4,1
*INCERTIDUMBRE DE ENSAYO ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO ARENAS ± %	2,0
*INCERTIDUMBRE DE ENSAYO ANÁLISIS GRANULOMÉTRICO FINOS ± %	2,9
*INCERTIDUMBRE DE ENSAYO PASA TAMIZ Nº 200 ± %	2,9

OBSERVACIONES: NINGUNA

REVISÓ: JEFE DE LABORATORIO: ING. PABLO ANDRES CORONEL VIVAS

ESTE ENSAYO NO PUEDE SER REPRODUCIDO, SIN LA APROBACIÓN ESCRITA DE TERRATEST S.A.S
LOS RESULTADOS CORRESPONDEN SOLO A LA MUESTRA ENSAYADA

TERRATEST SAS

ONAC

Fecha: 2019-09-11
Versión, N°.: 10

INFORME DE ENSAYO RELACIONES HUMEDAD - PESO UNITARIO SECO EN LOS SUELOS
(ENSAYO NORMAL DE COMPACTACIÓN Y ENSAYO MODIFICADO DE COMPACTACIÓN)

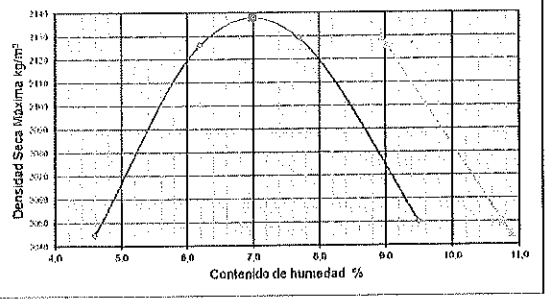
FT- 07

Norma Técnica de Referencia Aplicada				Procedimiento de Ensayo	Orden de Ensayo No.
INV E-141-13		INV. E-142-13	X	DETERMINACIÓN DE LAS RELACIONES DE PESO UNITARIO - HUMEDAD EN LOS SUELOS	241-20

CLIENTE:	CONSTRITURAR S.A.S.				
PROYECTO:	977-PLANTA CONSTRITURAR				
DIRECCIÓN:	CALLE 72 No 10-70				
LOCALIZACIÓN:	NA	**APIQUE N°:**	NA	**PROFUNDIDAD (m):**	NA NA
DESCRIPCIÓN:	GRAVA ARENOSA HABANA	**MUESTRA N°:**	3		
FECHA DE RECEPCIÓN:	2020-06-16	**TIPO DE MATERIAL:**	B-600		
FECHA DE ENSAYO:	2020-06-17	**PROCEDENCIA:**	PLANTA CONSTRITURAR		
PREPARACIÓN DE LA MUESTRA:	**VÍA HÚMEDA:** X	**VÍA SECA:**	**TIPO DE MARTILLO:**	MANUAL	

PRUEBA	1	2	3	4	5
N°. de capas	5	5	5	5	-
N°. de golpes	56	56	56	56	-
Contenido de Humedad de la muestra, %	1,3	1,3	1,3	1,3	-
Humedad adicional, %	3,3	4,9	6,4	8,2	-
Masa muestra húmeda, g	6000	6000	6000	6000	-
Masa muestra seca, g	5923	5923	5923	5923	-
Agua adicional, cm^3	197,5	294,0	384,0	492,0	-
Masa muestra húmeda + molde, g	7297	7592	7627	7524	-
Masa molde, g	2736	2736	2736	2736	-
Masa muestra húmeda, g	4561	4816	4891	4788	-
% humedad (horno)	4,6	6,2	7,7	9,5	-
Masa muestra seca, g	4361	4535	4541	4373	-
Volumen del molde, cm^3	2133	2133	2133	2133	-
Densidad húmeda, kg/m^3	2138,3	2257,0	2293,0	2244,7	-
Densidad Suelo Húmedo, kN.m3	21,0	22,1	22,5	22,0	-
Densidad seca, kg/m^3	2044	2126	2129	2050	-
Peso Unitario seco, kN/m^3	20,05	20,85	20,88	20,10	-
Peso Unitario seco, lbf/ft^3	127,6	132,7	132,9	128,0	-
Humedad de saturación, %	10,9	9,0	8,9	10,8	-
CONTENIDO DE HUMEDAD					
Recipiente N°	29	100	102	106	-
P_1 Masa recipiente + suelo húmedo,(g)	2903,65	2876,32	2854,32	2945,51	-
P_2 Masa recipiente + suelo seco, (g)	2780,67	2714,47	2750,49	2698,88	-
P_3 Masa recipiente, (g)	102,67	104,12	103,43	102,87	-
Humedad ω, en %	4,6	6,2	7,7	9,5	-

Curva de compactación y saturación



RESULTADOS

	C	
Método:		
Humedad Óptima:	7,0	%
Densidad seca máxima:	2138	kg/m^3
Densidad seca máxima:	20,96	kN/m^3
Densidad seca máxima:	133,4	lbf/ft^3
Porcentaje de fracción gruesa:	16	$\% P_{FG}$
Porcentaje de fracción de ensayo:	84	$\% P_{FF}$
Humedad óptima Corregida:	6,0	%
Densidad Seca Máxima Corregida:	2199	kg/m^3
Densidad Seca Máxima Corregida:	21,57	kN/m^3
Densidad Seca Máxima Corregida:	137,3	lbf/ft^3
Gravedad Específica Promedio Gs:	2,64	
Gravedad Específica de la Fracción Gruesa G_G:	2,60	
Humedad de los sobre tamaños:	0,8	%

INCERTIDUMBRE TOMANDO UN K2 Y UN NIVEL DE CONFIANZA DE 95%	Dens. Máx Seca	+/- 0,38	kN/m3
	Humedad óptima	+/- 0,17	%

REVISÓ: JEFE DE LABORATORIO: ING. PABLO ANDRES CORONEL VIVAS

OBSERVACIONES: NINGUNA

ESTE ENSAYO NO PODRÁ REPRODUCIRSE SIN LA APROBACIÓN ESCRITA DE TERRATEST S.A.S
LOS RESULTADOS DE ESTE ENSAYO SOLO SON APLICABLES A LAS MUESTRAS ENSAYADAS

TERRATEST SAS

Fecha:	2017-09-13
Versión.Nº:	11
	FT - 03B

INFORME DE RESISTENCIA A LA DEGRADACIÓN DE LOS AGREGADOS GRUESOS POR ABRASIÓN E IMPACTO EN LA MÁQUINA DE LOS ÁNGELES DE TAMAÑOS MENORES DE 37.5 mm (1½") Y MAYORES DE 19 mm (¾")

Orden de ensayo No.: 241,20

Norma(s) Técnica(s) de Referencia Aplicada(s) — Procedimiento: PT - 04

INV E - 218-13	x	INV E - 219-13	-	NTC- 98:2012	-	NTC - 93:2013	-

CLIENTE:	CONSTRITURAR S.A.S						
PROYECTO:	977-PLANTA CONSTRITURAR						
DIRECCIÓN:	CALLE 72 No. 10-70						
LOCALIZACIÓN:	NA						
APIQUE:	NA	BARRENO:	NA	PERFORACIÓN:	NA	MUESTRA Nº:	3
DESCRIPCIÓN VISUAL:	GRAVA ARENOSA HABANA			TIPO DE MATERIAL:	B 600		
FECHA DE RECEPCIÓN:	2020-06-10			PROCEDENCIA:	PLANTA CONSTRITURAR		
FECHA INICIO ENSAYO:	2020-06-23	FECHA FIN DE ENSAYO:	2020-06-23	PROFUNDIDAD(m):	NA		NA

CONDICION DEL ENSAYO (SECO O HUMEDO)	SECO	SECO	HUMEDO
TAMAÑO MÁXIMO NOMINAL	25 mm	25 mm	-
GRADACION USADA	A	A	-
Nº ESFERAS	12	12	-
Nº REVOLUCIONES	100	500	-
P1= MASA DE LA MUESTRA SECA ANTES DE ENSAYO (g)	5007	5007	-
P2= MASA DE LA MUESTRA SECA DESPUES DE ENSAYO (g)	4505	2828	-
P1-P2 = PÉRDIDA POR ABRASION E IMPACTO (g)	502	2179	-
DESGASTE = (P1-P2)/P1 * 100 (%)	10,0	43,6	-
RELACIÓN DE UNIFORMIDAD:	0,2		
RELACIÓN HÚMEDO/SECO:			

DATOS SOBRE LA GRADACIÓN, CARGA ABRASIVA Y REVOLUCIONES

TAMAÑOS		MASA DE LAS DIFERENTES FRACCIONES, (g)						
		GRANULOMETRIA						
		INVE 218-13 Y NTC 98-12				INVE 219-13 Y NTC 93-13		
PASA	RETIENE	A	B	C	D	1	2	3
3"	2 1/2"					2500±50		
2 1/2"	2"					2500±50		
2"	1 1/2"					5000±50	5000±50	
1 1/2"	1"	1250±25					5000±25	5000±25
1"	3/4 "	1250±25						5000±25
3/4"	1/2"	1250±10	2500±10					
1/2"	3/8"	1250±10	2500±10					
3/8"	1/4"			2500±10				
1/4"	No 4			2500±10				
No 4	No 8				5000±10			
TOTAL MUESTRA		5000±10	5000±10	5000±10	5000±10	10000±100	10000±75	10000±50
Nº ESFERAS		12	11	8	6	12	12	12
CARGA ABRASIVA (g.)		5000±25	4584±25	3330±20	2500±15	5000±25	5000±25	5000±25
Nº REVOLUCIONES		500	500	500	500	1000	1000	1000

OBSERVACIONES: NINGUNO

INCERTIDUMBRE TOMANDO UN K2 Y UN NIVEL DE CONFIANZA DE 95%: 2,5		
	INV E 219-13 (%) NTC-93:2013 (%)	+/- 0,28
	INV E 218-13 (%) NTC-98:2012 (%)	+/- 0,1

REVISÓ: JEFE DE LABORATORIO: ING. PABLO ANDRES CORONEL VIVAS

ESTE ENSAYO NO PODRÁ REPRODUCIRSE SIN LA APROBACION ESCRITA DE TERRATEST S.A.S

LOS RESULTADOS DE ESTE ENSAYO SOLO SON APLICABLES A LAS MUESTRAS ENSAYADAS

www.terratest.com.co PBX: 57-1 603 2324 Cra 59C No. 130 - 38 Barrio: Ciudad Jardin Norte - Bogotá - Colombia

---Fin de Informe---

TERRATEST
LABORATORIO DE SUELOS, ROCAS Y MATERIALES
CALIDAD QUE CONSTRUYE RELACIONES CONFIABLES

Bogotá, 1 de julio de 2020
Informe 241/977-20

Señores
Constriturar S.A.S
Atn.: Ing Diana Rodriguez
Calle 72 No. 10-70 Oficina 704 Torre A
Bogotá D.C.

REF.: INFORME ENSAYOS DE LABORATORIO

Respetado Ingeniero:

Por medio de la presente nos permitimos realizar entrega del informe del proyecto **977 - PLANTA CONSTRITURAR,** correspondiente a la orden de ensayo número:

- 241 C – 20 (B-600)

El informe anteriormente relacionado se encuentra con sello y debidamente firmado por el Jefe de Laboratorio de **Terratest S.A.S.**

El presente informe consta de (5) páginas incluida esta.

Observaciones: No quedo contramuestras y/o testigos de las muestras ensayadas.

Agradecemos la atención.

Atentamente,

PABLO ANDRES CORONEL VIVAS

Firmado digitalmente por PABLO ANDRES CORONEL VIVAS
Fecha: 2020.07.01 18:11:01 -05'00'

ING. PABLO ANDRES CORONEL VIVAS
Jefe de Laboratorio

C.c. Archivo Terr – 977
LS/KG



Esquema de certificación 5

Otorga el certificado de conformidad de producto ICONTEC (Esquema de certificación 5 según ISO/IEC 17067) para:
It grants the certificate of conformity product ICONTEC (Certification Scheme 5 according ISO/IEC 17067) for:

TUBOS Y CURVAS PARA ALOJAR CONDUCTORES ELÉCTRICOS Y CABLEADO TELEFÓNICO

Fabricado por **P.V.C. GERFOR S.A.**, en la Autopista Medellín kilómetro 2, 500 m, vía Parcelas, Cota, Cundinamarca, Colombia

Manufactured by **P.V.C. GERFOR S.A.**, in the Autopista Medellín kilómetro 2, 500 m, vía Parcelas, Cota, Cundinamarca, Colombia

El derecho del uso del certificado de conformidad de producto se otorga con el referencial:
The right to use the certificate of conformity of product is granted with the Audit Criteria:

NTC 979 (2006)

Plásticos. Tubos y curvas de poli (cloruro de vinilo) rígido (PVC rígido) para alojar y proteger conductores eléctricos y cableado telefónico

Plastics. Unplasticized poly (vynil chloride) (pvc-u) pipes and bends for conduits housing and protecting

Este certificado de conformidad de producto está sujeto a que la empresa y el producto cumplan permanentemente con los requisitos establecidos en el referencial y en el documento "ES-R-PD-01 Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC", lo cual será verificado por ICONTEC

This certificate of conformity product is subject to the company´s and product´s permanent fulfillment of the requirements set forth in the audit criteria and the "ES-R-PD-01 Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC" document, which will be verified by ICONTEC.

Las referencias autorizadas para ostentar el certificado de conformidad de producto se incluyen en documento anexo que es parte integral del presente certificado

The references authorized to hold the certificate of conformity of product are included in annexed document and it is integral part of this certified

Certificado CSC-0034-7
Certificate

Fecha de Aprobación: Approval Date:	1997-12-17	**Fecha Última Modificación:** Last Modification Date:	
Fecha de Renovación: Renewal Date:	2017-07-19	**Fecha de Vencimiento:** Expiration Date:	2023-08-16

Roberto Enrique Montoya Villa
Director Ejecutivo
CEO

ICONTEC es un organismo de Certificación acreditado por:
ICONTEC is a certification body accreditated by:

ACREDITADO ONAC

ISO/IEC 17065:2012
09-CPR-002

REPORTE DE CALIDAD CEMENTO ESTRUCTURAL MAX

2012

Presentado por: SACOS

Cemento Argos S.A. - Planta Sogamoso

ARGOS

FECHA	PARÁMETROS QUÍMICOS			PARÁMETROS FÍSICOS								RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN, Mpa				FASES CALCULADAS BOGUE			
	MgO %	SO_3 %	Pérdida ignición %	Blaine cm^2/g	Retenido Tamiz 45 µ %	Densidad g/cm^3	Cont Aire %	Exp. autoclave %	Exp. Barras de mortero %	Fraguado inicial minutos	Fraguado final minutos	R1 dia	R3 días	R7 días	R28 días	C_3S %	C_2S %	C_3A %	C_4AF %
5-ene	0.95	2.75	4.34	4821	2.43					133	180	16.8	28.4	36.3	45.3	55.68	11.99	5.75	11.18
12-ene	0.98	2.78	4.08	4752	2.44	3.05	0.51	-0.018	0.004	137	200	16.7	30.0	36.0	46.3	53.86	14.36	5.66	11.02
19-ene	0.90	2.64	4.30	4837	2.72					147	210	16.2	27.2	32.6	44.8	55.05	12.53	5.56	11.06
26-ene	0.93	2.59	4.12	4596	2.47					134	190	16.2	29.0	36.4	48.6	52.54	14.01	5.18	11.43
2-feb	0.98	2.80	5.01	4303	2.71					146	210	15.6	27.2	33.6	46.9	51.91	14.95	5.18	11.20
9-feb	1.00	2.73	4.81	4720	2.78	3.05	1.11	-0.002	0.007	136	200	15.2	27.6	34.3	51.2	52.93	15.16	5.30	10.87
16-feb	0.99	2.64	4.31	4609	2.40					145	200	16.1	29.0	37.7	48.8	52.15	15.18	5.41	10.72
23-feb	0.95	2.51	3.63	4472	2.70					133	190	16.3	28.0	39.0	48.5	50.80	15.78	5.52	10.70
29-feb	1.03	2.79	3.88	4840	1.95					145	200	15.8	26.3	37.1	44.7	53.85	14.27	5.50	10.80
7-mar	0.95	2.70	4.24	4963	2.15	3.08	2.21	0.002	0.002	144	190	16.2	29.3	37.3	49.4	51.91	15.50	5.65	10.65
15-mar	1.02	2.89	3.83	4630	2.74					142	200	17.7	31.1	39.3	47.6	54.39	13.13	5.30	10.98
PROMEDIO	0.97	2.71	4.23	4686	2.50	3.06	1.28	-0.006	0.005	140	197	16.3	28.5	36.3	47.5	53.19	14.26	5.45	10.96
DESV EST	0.04	0.11	0.41	189	0.27	0.02	0.9	0.0	0.0	6	9	0.7	1.4	2.1	2.1	1.50	1.25	0.20	0.24
COEF VAR %	4.0	4.1	9.6	4.0	10.7	0.6	67.5	-176.4	52.7	4.0	4.6	4.0	4.9	5.9	4.4	2.8	8.7	3.6	2.2
MAX	1.03	2.89	5.01	4963	2.78	3.08	2.21	0.002	0.007	147	210	17.7	31.1	39.3	51.2	55.68	15.78	5.75	11.43
MIN	0.90	2.51	3.63	4303	1.95	3.05	0.51	-0.018	0.002	133	180	15.2	26.3	32.6	44.7	50.80	11.99	5.18	10.65
DATOS	11	11	11	11	11	3	3	3	3	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
CONTROL	máx 6.0	máx 3.5	--	--	--	--	máx 12	máx 0.8	máx 0.02	mín 70	máx 330	mín 12.0	mín 24.0	--	mín 43.4	Cálculo según ASTM C150			

Elaborado por: Mónica Gonzalez
Profesional de Calidad

Revisado por: Olga Lucia Diaz
Jefe de Calidad

057

REPORTE DE CALIDAD CEMENTO USO GENERAL

MARZO (2012)

Presentación SACOS

CEMENTOS ARGOS S.A. - Planta Sogamoso

ARGOS

FECHA	PARÁMETROS QUÍMICOS					PARÁMETROS FÍSICOS						RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN, Mpa			
	MgO %	SO_3 %	Pérdida ignición %	Blaine cm^2/g	Retenido Tamiz 45 µ %	Densidad g/cm^3	Cont Aire %	Exp. autoclave %	Exp. Barras de mortero %	Fraguado inicial minutos	Fraguado final minutos	R1 día	R3 días	R7 días	R28 días
2-mar	1.42	2.81	5.91	5074	8.18					168	285	4.6	11.1	17.4	30.1
3-mar	1.29	2.28	5.64	5430	7.55					185	270	5.3	13.7	20.0	32.9
4-mar	1.37	2.63	5.85	4890	7.00					201	300	5.7	12.5	18.9	31.1
5-mar	1.40	2.45	5.57	4960	8.29					203	300	4.6	11.0	17.2	27.9
6-mar	1.40	2.45	5.57	4960	8.29					203	300	4.6	11.0	17.2	27.9
7-mar	1.38	2.52	5.84	4956	7.28					214	200	5.6	12.8	19.6	31.3
10-mar	1.42	2.46	6.23	5148	6.65					198	285	4.9	11.7	17.1	29.3
11-mar	1.42	2.46	6.23	5148	6.65					198	285	4.9	11.7	17.1	29.3
13-mar	1.50	2.87	6.54	5150	5.50		1.11	-0.003	0.005	197	285	4.6	10.5	16.4	27.5
14-mar	1.32	2.45	6.21	5004	7.18					198	300	5.6	12.4	18.6	30.1
17-mar	1.45	2.37	7.80	4965	6.39					200	315	4.1	9.8	16.4	27.7
18-mar	1.45	2.37	7.80	4965	6.39					200	315	4.1	9.8	16.4	27.7
19-mar	1.45	2.37	7.80	4965	6.39					200	315	4.1	9.8	16.4	27.7
21-mar	1.19	2.25	6.15	5550	6.14	2.91				196	285	6.1	13.5	20.1	32.1
PROMEDIO	1.39	2.48	6.37	5083	6.99	2.91	1.11	-0.003	0.005	197	289	4.9	11.5	17.8	29.5
DESV EST	0.08	0.18	0.82	193	0.85					10	29	0.6	1.3	1.4	1.8
COEF VAR %	5.7	7.2	13.0	3.8	12.2					5.2	10.0	13.1	11.6	7.8	6.2
MAX	1.50	2.87	7.80	5550	8.29	2.91	1.11	-0.003	0.005	214	315	6.1	13.7	20.1	32.9
MIN	1.19	2.25	5.57	4890	5.50	2.91	1.11	-0.003	0.005	168	200	4.1	9.8	16.4	27.5
DATOS	14	14	14	14	14	1	1	1	1	14	14	14	14	14	14
CONTROL	**máx 6.0**	**máx 3.5**	–	–	–	–	**máx 12**	**máx 0.8**	**máx 0.02**	**mín 45**	**máx 420**		**mín 8.0**	**mín 15.0**	**mín 24.0**

Elaborado por: Mónica Gonzalez
Profesional de Calidad

Revisado por: Olga Lucía Díaz
Jefe de Calidad

E.I.E. Echeverry Ingeniería y Ensayos S.A.S.

Laboratorio de Control de Calidad
Dirección: Carrera 29C No. 71A – 30
Teléfonos: 2255814 – 6304515 - 2315608
Bogotá, D.C. - Colombia

CALIDAD QUE GENERA CONFIANZA

INFORME DE ENSAYO
ENSAYO DE RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE ESPECIMENES CILINDRICOS DE CONCRETO

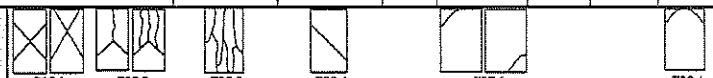
Norma	Control de documentos	Revisión No.	11
NTC 673:2010	EIE-F-03-41	Fecha de edición:	2019-12-02

Compañía:	**EL CONDOR PREFABRICADOS**
Obra:	Planta
Código de obra:	2984
Atención:	Ing. Luis Sánchez

INFORME-EIE-INF/LAB 020-003

Cilindro No.	Localización	Fecha toma AAAA-MM-DD	Fecha ensayo AAAA-MM-DD	Edad (Días)	Resistencia nominal PSI (lbf/in²)	Carga Máx. (N)	Diámetro mm	Longitud mm	Área mm²	L/D	Factor de Corrección	Resistencia rotura MPa	Resistencia rotura kg/cm²	Resistencia rotura PSI (lbf/in²)	% Desarrollo	Tipo de fractura	Fecha de entrada/ Orden de trabajo/Observaciones
01	Banco M30 - 31- M40	2020-06-19	2020-07-29	40	3000	174230	100.6	200.7	7953.8	1.99	1.00	21.9	223	3176	106	T3	2020-07-27/ O.T. 35081
02	Banco M30 - 31- M40	2020-06-19	2020-07-29	40	3000	181900	101.1	200.3	8022.4	1.98	1.00	22.7	231	3298	110	T5	2020-07-27/ O.T. 35081
03	A-10/ A-80/ B-20/ A-120	2020-06-10	2020-07-29	49	4000	362970	100.8	200.7	7980.1	1.99	1.00	45.5	464	6595	165	T3	2020-07-27/ O.T. 35081
04	A-10/ A-80/ B-20/ A-120	2020-06-10	2020-07-29	49	4000	349580	100.9	200.9	8001.3	1.99	1.00	43.7	446	6335	158	T3	2020-07-27/ O.T. 35081
05	Rejillas - Tapas	2020-06-10	2020-07-29	49	5000	281190	101.0	200.8	8011.8	1.99	1.00	35.1	358	5089	102	T5	2020-07-27/ O.T. 35081
06	Rejillas - Tapas	2020-06-10	2020-07-29	49	5000	286110	101.0	200.9	8011.8	1.99	1.00	35.7	364	5178	104	T3	2020-07-27/ O.T. 35081
07	Separador SF-100	2020-06-26	2020-07-29	33	4000	261860	100.8	200.7	7974.9	1.99	1.00	32.8	335	4761	119	T2	2020-07-27/ O.T. 35081
08	Separador SF-100	2020-06-26	2020-07-29	33	4000	255460	101.1	200.7	8033.0	1.98	1.00	31.8	324	4611	115	T3	2020-07-27/ O.T. 35081

TIPOS DE FRACTURA



EQUIPAMIENTO UTILIZADO

EQUIPAMIENTO	INVENTARIO No.
Maquina a compresion	INV-1317
Pie de rey	INV-2131
Balanza (cuando aplique)	n/a

CONDICIONES AMBIENTALES	22°C 57%HR

OBSERVACIONES:

FECHA DE EMISION DE INFORME	REVISÓ	APROBÓ	
2020-07-29	Danilo Monroy	Ing. Gerardo Bravo Plata	
	Auxiliar de Ingeniería	Gerente Técnico	FIRMA Y SELLO

Nota: Este folio no debera reproducirse parcial o totalmente sin la aprobacion por escrito de E.I.E. Echeverry Ingeniería y Ensayos S.A.S.
Este documento es valido cuando lleve el sello del Laboratorio y la firma de quien aprueba. Los resultados informados corresponden a la muestra suministrada.

REPORTE DE CALIDAD DE PRODUCTO

Fecha: 25/06/18	Versión: 6	Código: FR.CC.34	Página 1 de 4

CEMENTOS TEQUENDAMA

MES: Julio

CEMENTO: TIPO UG ■ TIPO ART □

REQUISITOS FÍSICOS-MÉCANICOS	MÉTODO DE ENSAYO	ESPECIFICACIÓN*	CEMENTOS TEQUENDAMA S.A.S
Finura Blaine, m^2/kg	NTC 33	No especifica	391
Finura Tamiz 45µm (No. 325). %	NTC 294	No especifica	84,0
Cambio de longitud por autoclave, %	NTC 107	Máximo 0,80	0,040
Tiempo de fraguado inicial, no menos de, minutos	NTC 118	No menos de 45	193
Tiempo de fraguado inicial, no más de, minutos	NTC 118	No más de 420	
Tiempo de fraguado final, minutos	NTC 118	No especifica	284
Expansión de barra de mortero 14 días. %	NTC 4927	Máximo 0,02	0,008
Contenido de aire en volumen de mortero. %	NTC 224	Máximo 12,0	3,50
Resistencia a la compresión, a 1 día, MPa	NTC 220	No especifica	8,3
Resistencia a la compresión, a 3 días, MPa		Mínimo 8,0	16,5
Resistencia a la compresión, a 7 días, MPa		Mínimo 15,0	20,4
Resistencia a la compresión, a 28 días, MPa		Mínimo 24,0	27,3

NTC: Norma Técnica Colombiana

Nota:

*Los requisitos físicos definidos en la norma NTC-121 , para cemento Tipo UG.

***Los datos reportados corresponden al promedio mes de Junio**

*El muestreo se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Inspección y Ensayo "PL.CC.01"

Fin del Informe

JEFE CONTROL DE CALIDAD

Nombre: Renán Jaimes

Email: rjaimes@cetesa.com.co

Tel. 3175351 Ext. 2006

Vereda Chitiva, Abajo Finca La María

Suesca, Cundinamarca

ANEXO 6. BITACORA DE OBRA

059

Kr 17 X calle 53

Se realiza la nivelacion de los terrenos de los costados Sur occidental, nor occidental Sur oriental Y Separador para la compactacion de losa grigger para su respectiva fundicion.

Kr 21 X calle 53
No de trabajadores 7
Se realiza instalacion de concreto de 3000 PSI de los costados Sur - occidental

Kr 20 X calle 53
No de trabajadores 6

Se realiza la fundicion de concreto 3000 PSI de los costados Sur oriental Y nor oriental

Kr 18 X calle 53

Se realiza la fundicion de los costados Sur occidental Y nor occidental de concreto 3000 PSI, instalacion de marcos y tapas en ambos costados, instalacion de balcordes

Escaneado con CamScanner

1-10-2020 Kr 20 X Calle 53

Se realizan los detalles del concreto de los cuatro cajeros

Kr 18 X Calle 53

Se realiza la conformacion de la base granular separador, se realiza la fundicion en concreto 3000 psi Costado Sur oriental

Kr 17 X Calle 53

Se realiza la compactacion de los 3 costados Sur occidental / nor occidental y la instalacion de Sardinel se realiza los toques anteriores y fundicion del costado nor occidental instalacion de bordillos y resanes cambio de marco y tapa.

observaciones:

Se rompe tuberia de gas natural la cual se observa que esta a 20 cm y no se observa cinta de peligro costado Sur oriental

3-10-2020 Kr 18 X Calle 53

Se realiza la conformacion del separador occidental / instalacion de sardinel y nivela cion de terreno en base granular, y cama de arena para su posterior instalacion de cualquier arcilla.

Escaneado con CamScanner

Kr 17 X calle 52

Se realiza la nivelación de terreno en base grander
Cajones sur oriental, nor occidental, separador
Sur oriental también se inicia la instalación
de Sur dental OSCAR VALLEJO

Kr 17 X calle 53

Se realizo la compactación e instalación de tapetal
en los cajones Sur oriental, nor oriental,
Separador oriental

Kr 19 X Calle 60 B Sur (AV Boyaca)

Se realiza el replanteo en conjunto con la
interventoria y el contratista

Kr 73 X calle 26 Sur

Se realiza replanteo en conjunto con la interventoria
y el contratista OSCAR VALLEJO

Kr 17 X Calle 53

Se realiza la compactación y toma de densidad para
la posterior fundida. Una vez fuera aprobado
por la interventoria

Escaneado con CamScanner

Kr 92 X Calle 158

Se realiza el replanteo en conjunto con la interventoria y el contratista

Kr 54D X AV Calle 183

Se realiza el replanteo en conjunto con la interventoria y el contratista BSINVIAS

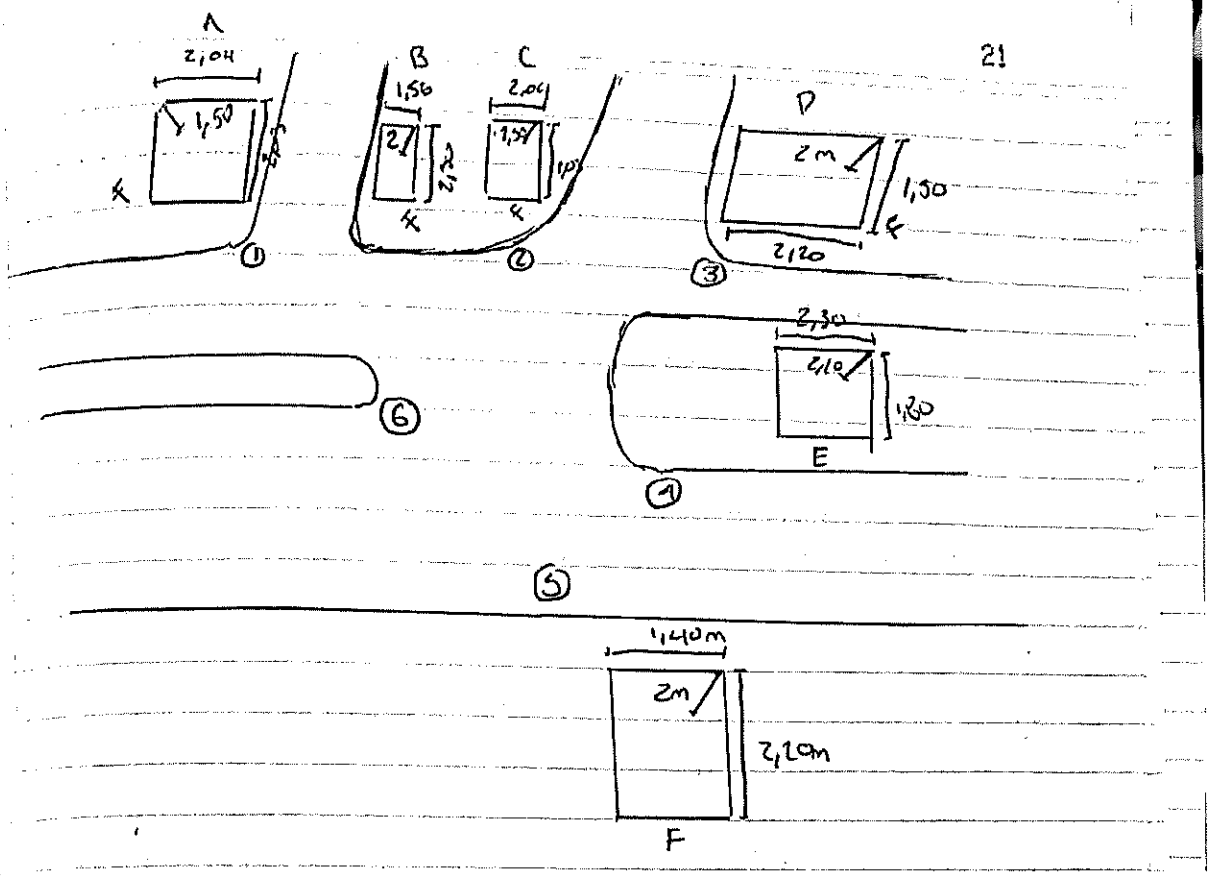
1-10-2020 Kr 54D X AV Calle 183
No de trabajadores 3
Se inician actividades, se inia el cerramiento y Aplicacion de (PMT) Plan de manejo ambiental de transito

Kr 17 X Calle 33
No de trabajadores 9
Se realiza Construccion de anden concreto de 3000 psi Costado Sur oriental, separador oriental, costado Sur oriental y costado nor occidental

8-10-2020 Kr 54D X Calle 183

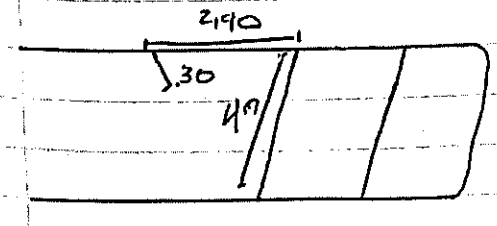
Se realizan los apiques para la perforaciones en los siguientes costados

Escaneado con CamScanner



donde se pudo observar que en los costados ① y ② fueron apiques fallidos ya que se encontro tubaria de de acueducto por lo que se decide trasladar las excavaciones 1 q 1 m longitudinales, los apiques fallidos son A, B y C, "los apiques estaban construidos en modo de tableta 4x4"

Se inicia excavaciones y de noliciones en el Separador ④ demolicion anden tableta 4x4



Se realiza demolicion de anden adoquin para excavacion de zanja de ductaria y base SF en el separador

062

Escaneado con CamScanner

Se realiza Perforacion neumatica del costado ② al ③

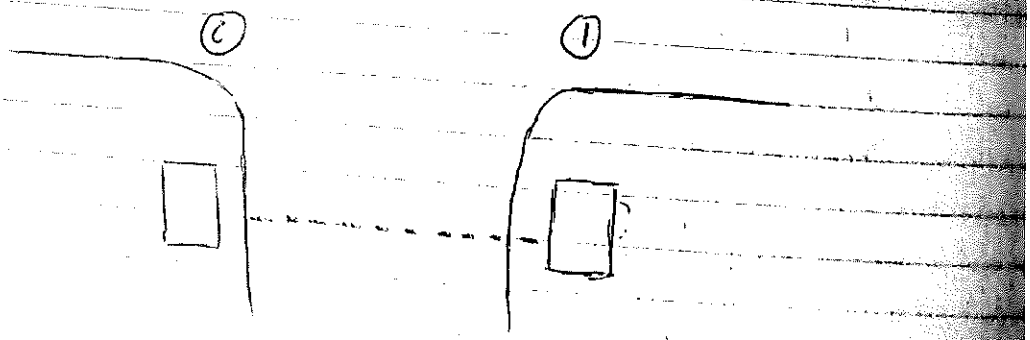
Se realiza la excavacion para acometida dock ela (AUCE)

Kr 24 x calle 53
Un de trabajadores 3

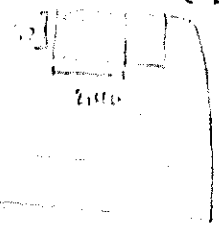
Se realiza la atencion de las observaciones realizadas por la interventoria

9-10-2020 (Kenedy)

Se realiza los agujeros para realizar la Perforacion costados ① y ②, se realiza la Perforacion neumatica del los costados ① y ③

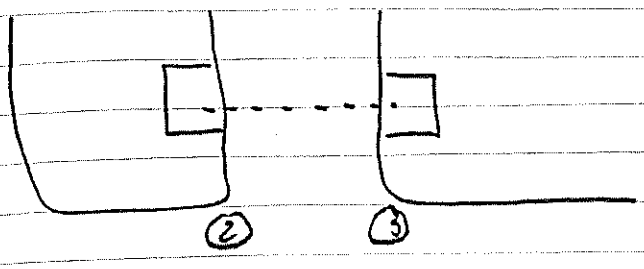


Se realiza la excavacion de la rampa costado ③ donde se evidencia que la excavacion de 6ft por 1,30 es mayor de 40cm



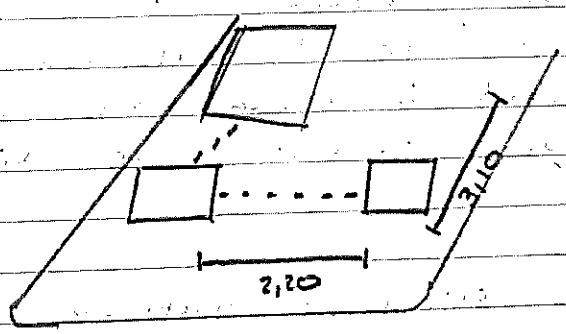
Escaneado con CamScanner

Se realiza la perforacion neumatica de costado ③ al ②

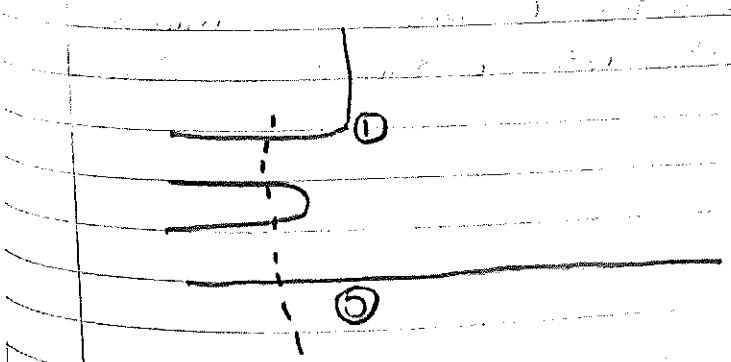


Se realiza la construccion de una caja sencilla en el costado ②, se realiza la construccion de una caja sencilla costado ①

Nota: Se interviene todo un lado de cada cback se tuvo que realizar actividades de demonte de tableta 4x4 para poder hacer la excavacion para instalacion de ductos que conectan las dos cajas sencillas con la caja de la perforacion dirigida donde el tramo intervenido fue de 2,20 x 3,10

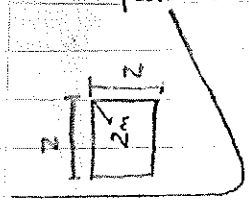


Se realiza la perforacion dirigida desde el costado desde el costado ① al ⑤



Escaneado con CamScanner

Se realiza el apique del costado ① Para la perforacion dirigida de 2 x 2 X 2



Se realiza la excavacion desde el equipo de control (AUCE) hasta la caja de la perforacion dirigida en el costado ⑤, se realiza la excavacion de apiques para la perforacion dirigida 2 X 2 X 1,80.



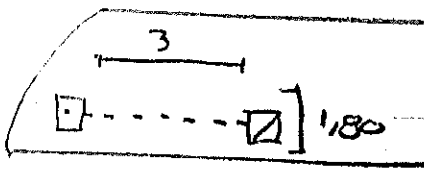
Se realiza la instalación de tuberia de 3" desde el (AUCE) hasta la caja y la tuberia va doble

Se realiza la excavacion de la rampa en el costado ⑤ Para la conformacion de anden sin rampa donde se observa mayor cantidad de demolicion y excavacion de 1,60 X 1,30



Se observan expesor de concreto de 20cm

Se realiza la construccion de una caja de paso sencilla, la construccion de una base separadora nota para la instalacion de la tuberia desde la caja de paso hasta la base se intervino anden adoquin de 1,80 X 3m en el separador 4



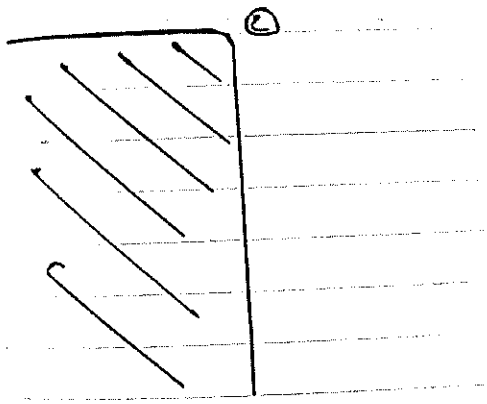
Escaneado con CamScanner

Se observa que los apoyos (A) y (D) fueron fallidos por lo que se tuvieron que hacer otros dos de las mismas características un metro mas adelante.

Se realiza la nivelación y conformación del terreno, (4) Se inicia la instalación de Sardinel en los costados (5), (3) y (4)

(Kenedy)

Se realiza la demolición de cuneta concreto costado (1)



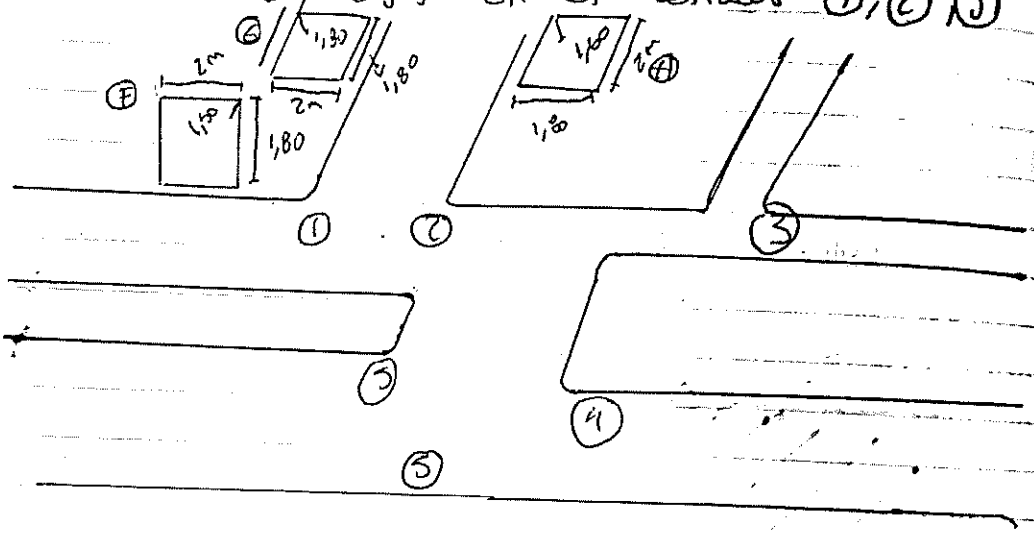
Kr 54p x Calle 185

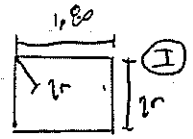
Se realiza la instalación de Sardinel en los costados (5), (3) y (4) y conformación y nivelación de los costados (5) y (3) y (4)
Se llega a la conclusión de que se va a demoler el Sardinel existente con la interventoría.

Escaneado con CamScanner

13-10-2020 Se Kr 54D X Calle 48S

Se realiza la instalacion de sardineles en el costado ④ se realiza la instalacion de la tuberia 9x4 en el costado ④ Se realiza la compactacion y el relleno de base granular de los costados ⑤ y ③, Se realiza apiques nuevos para la construccion de cajas en los costados ①, ② ⑤





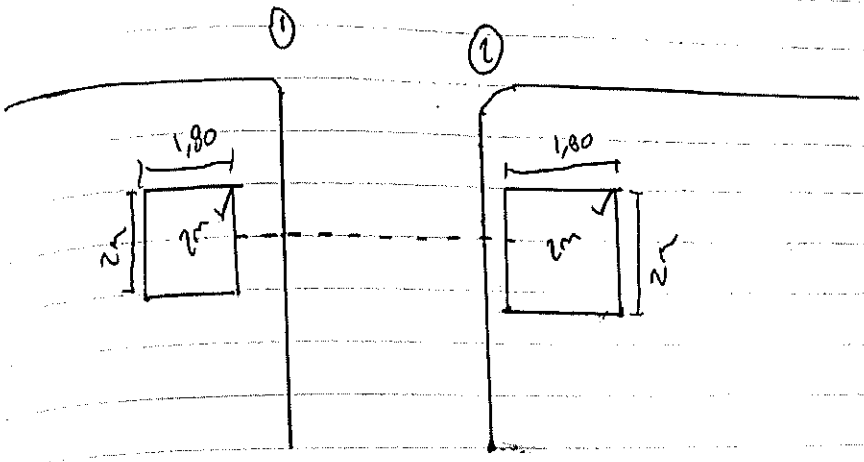
Se realiza los apiques ⑥, ⑥, ⑥, ⑥ como se muestra en el anterior esquema

Se realiza la instalacion de ductos que conectan las cajas de paso en las cajas de perforacion neumatica y dirigidas

Kr 73 X Calle 26 SUR (Conexion)

Se realiza la perforacion desde el costado ① al ② como secuencia en el siguiente esquema

Escaneado con CamScanner



Se realiza la demolicion de Sardinel Costado ①
Se realiza excavacion para nivelar posteriormente con
para gravilar en el costado ①

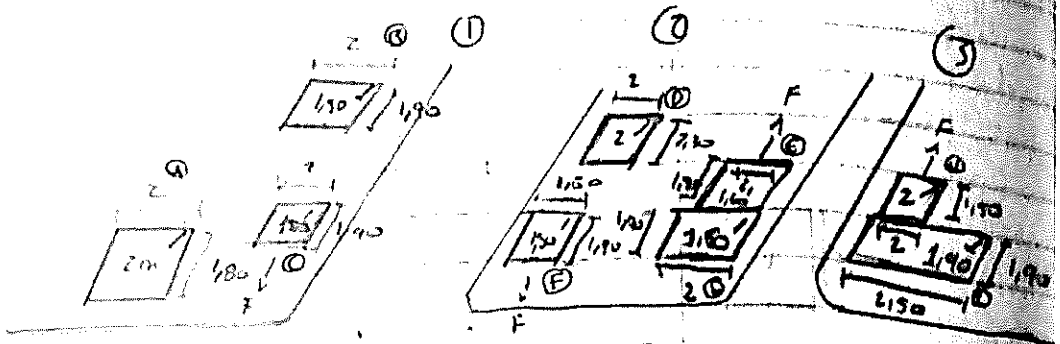
Cr SUD Y calle 183

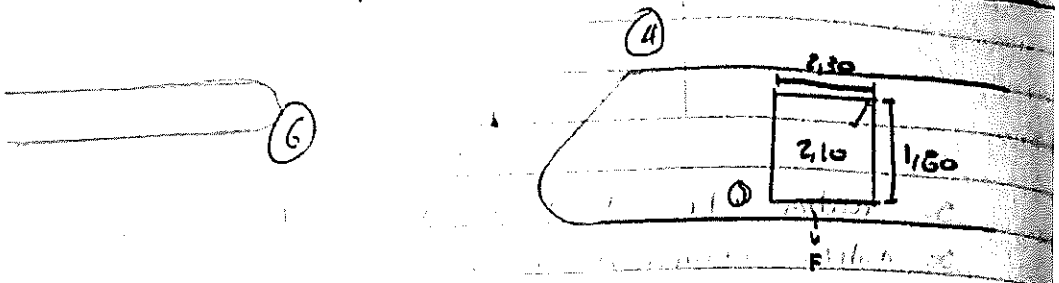
Se realiza la instalacion del tablon de 4x4 separador ④
Se realiza la instalacion de 2 cajas de paso costado
②, Se realiza la construccion de 2 Cajas de paso sencillas
y una doble costado ③ se realiza la perforacion horizontal
costado ③ al ⑤ Se realiza la construccion de una caja
de paso 2 sencilla costado ⑤

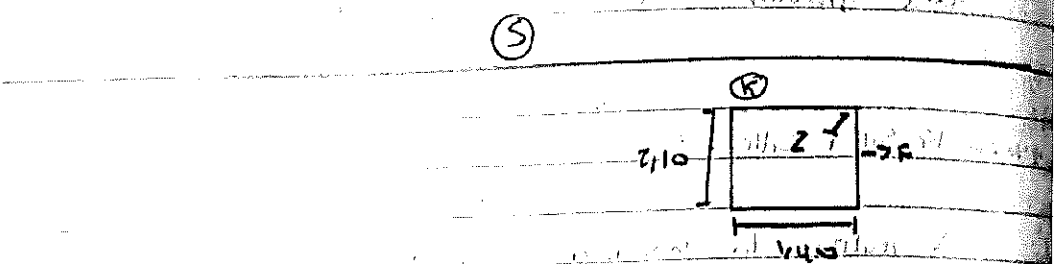
observaciones:

En la ejecucion de la obra se observa que hubieron
los siguientes aspectos

Escaneado con CamScanner







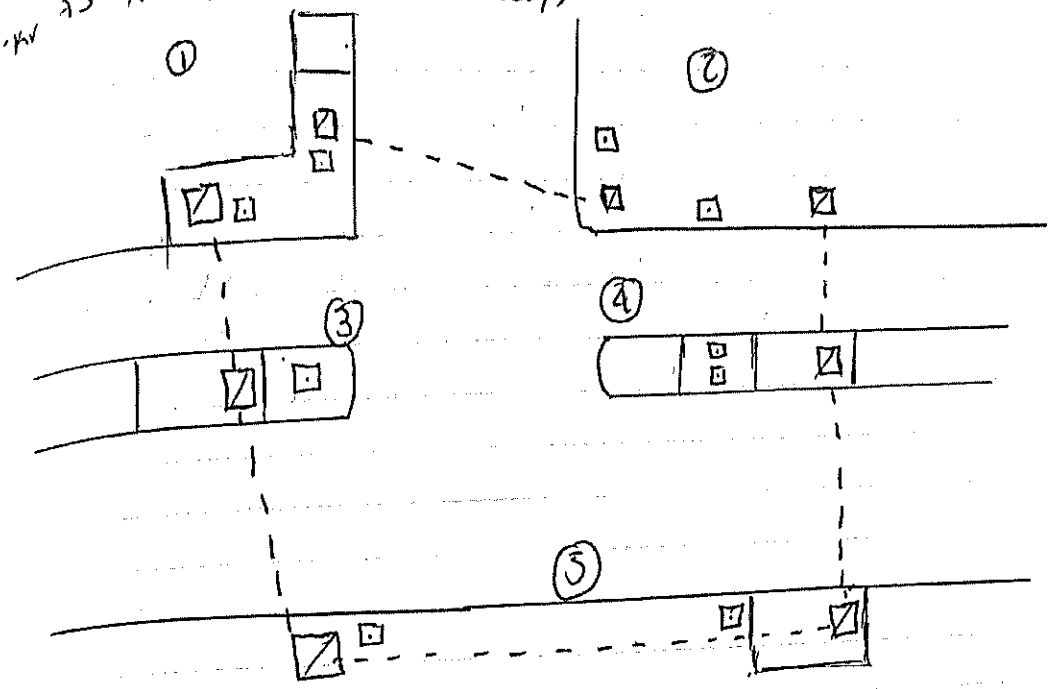
de las calles los siguientes fueron aplazos
Fallidos Ⓐ, Ⓑ, Ⓓ, Ⓔ, Ⓗ, Ⓚ, Ⓙ

[illegible] de 54D y Calle 183

y fuerte la base del costado ① se realizan actividades de limpieza en la data

Escaneado con CamScanner

Kr 73 x Calle 26 Sur (Kennedy)



Kr Sur x Calle 183

Se realiza la habilitacion de anden del costado ⑤, se realiza el llenado del apique fallido costado ⑤ se realiza la construccion de la caja doble en el separador ④ y costado ⑤

Kr sur x Calle 183

Se realiza la instalacion de los losetas 4x4 del costado ③ y ⑤, se realiza la rehabilitacion de los andenes costados ①, ②, ③, ⑤ y se realiza el anden del costado ④, se realiza la limpieza de la obra para entrega

- Kr 73 x Calle 26 (Sur)

PH ve inviable hacer Perforacion horizontal atraves de los costados ① y ② se realizan excavaciones en los costados ② y ① Para realizar capa de pego que conecten las perforaciones horizontales

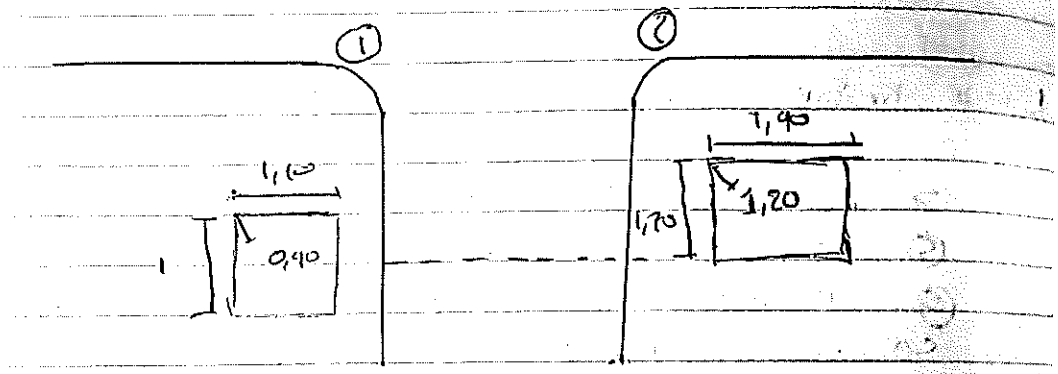
Escaneado con CamScanner

30

11-10-20

(Sulai)

Se realiza la caja doble del costado ① por donde inicia la perforación horizontal se realiza la excavación para acostado desde la caja doble a la caja de pozo sencillo



Kr 73 X Calle 26 Sur

Se realiza el retiro de los apoyos fallidos en los costados ② se realiza la demolición del anden en el separador ③ para realizar rampa se realizan la instalación de Sardinel del costado ① y el lleno del area en base granular y posterior compactación se realiza la excavación para ductos de 3" ⌀

Escaneado con CamScanner

(suba)

20-10-20 Se realiza caja de paso sencilla costado ① se inicia acometida para conectar caja sencilla con la caja de la perforacion dirigida costado ①, se realiza la destalacion de adaquinado costado ② para excavaciones de acometidas y base

observaciones

Se encuentran pisos en concreto de 20 cm en a costado ① y ②

Kr 73 X Calle 26 Sur "Kennedy"

Se realiza la compactacion del terreno en el costado ① para realizar la instalacion de adoquin concreto, se realiza la instalacion de ductos 3" para conectar cajas de paso sencillas con caja de perforacion dirigida.

(suba)

21-10-20 Se realiza la demolicion de concreto para acometida y para cajas de paso sencillas costado ① ,se realiza excavacion para acometida electrica de las cajas de paso y caja del (AUCE)

Kr 73 X Calle 26 Sur

Se realiza la instalacion de adoquin concreto costado ① se realiza la instalacion y confinamiento del terreno en el separado ③

Escaneado con CamScanner

Se realiza la fundida de las bases del costado ①, se realiza la fundicion de las bases del separador ③ Se realiza la fundicion y contravuccion del separador ③

22-10-20 (Sabado)

Se realizan la instalacion de ductos que conectan la caja sencilla del LANCET a la caja Sencillas y caja de perforacion horizontal del costado ① y costado ②, se realiza la excavacion para instalacion de bases costados ①, ②, ③

Kr 73 x calle 26 sur "Kennedy"

Se realiza ek excavacion para fundir bases en el separador ④

23-10-20 (Sabado)

Se realizan el llenado de concreto 3000 PSI de las bases de los costado ① y ②, se realizan cajas de paso sencillas en el costado ②, se realiza caja de paso costado ①

- Kr 73 x calle 26 sur

Se realiza la perforacion dirigida costado ①, ③, ⑤ Se realiza la perforacion horizontal costado ① ④ y ⑤

Se realiza la demolicion del costado ④ para posterior instalacion

Escaneado con CamScanner

Se realiza la instalación de regla chaflán y bordillo para Reparación Instalación se realiza la instalación de chaflán de 3ml Para concreto dichas en las reglas contenidas (1), (3), (4), (5)

(sobre)

14-10-20 Se realiza llevo de cinta en Reparación contenido (1) se realiza la instalación de cinta en concreto adjunto contenido (1) y (2) Se realiza fundición de bordillo contenido (1) se da por terminado la obra dejando la en completo Aseo.

Kr 93 X Calle 26 SUR

Se realiza el retiro por parte de PH Para realizar la Reparación Instalación en el contenido (5)

16-10-20 Kr 54D X calle 183

Se realizan las correcciones en las observaciones realizadas por la interventoría por este se hace entrega de la obra y se recogen resultados se da por finalizada las obras en dicha intervención

Kr (sobre)

Se realiza las correcciones en las observaciones realizadas por la interventoría por este se hace entrega de la obra y se toman medidas se da por finalizada las mencionadas en esta intervención.

068

Escaneado con CamScanner

Kr 73 A Calle 26 SW

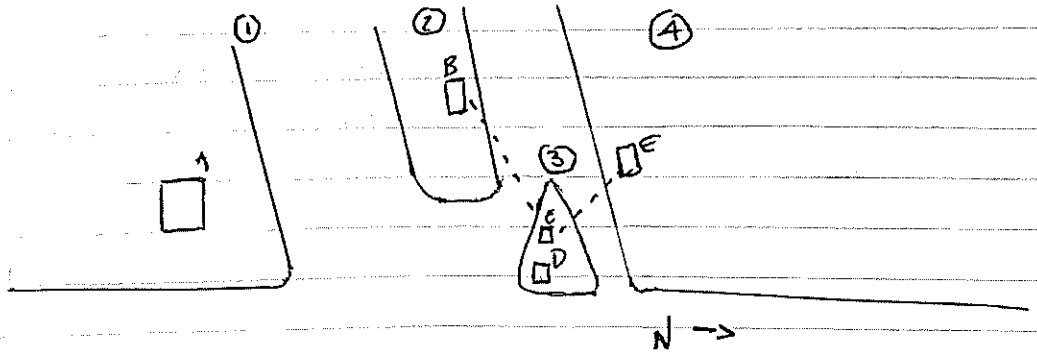
27-10-20 Se realiza las excavaciones en el costado (2) para realiza la corrección de ductos en cajas de paso selladas y dobles Se realiza la excavacion para realizar rupa en el costado (5) Se realiza la fundicion de las bases Separador (4) Se realiza la perforacion horizontal del costado (5)

28-10-20 Se realiza la conformacion del costado (2) y fundicion de marcos de las cajas de paso y caja del AUCE y la fundicion de la base costado (5) y Conformacion de caja doble en el costado (4)

29-10-20 Se realiza la instalacion de adoquin comercio en el Separador (4) y rupa (5) Se realiza la fundicion de concreto del costado (3) Se realizan los remates del costado (2).

Escaneado con CamScanner

30-10-20 Kr 19 X AV Boyaca X calle 60 C Sur



-Se realiza apiques en los costados 1, 2, 3 y 4 Para Proceder a realizar las perforaciones horizontales

-Se realiza la visita de rantí en conjunto con la interventoria y el contratista Para realizar el PCM para continuar con la visita el dia 11/29 10-20* en el Costado Sur oriental Se realiza la excavacion y conformacion Para la instalacion de Sardinel, se realiza la construccion de Cajas de paso con el Siguiente especificaciones una caja doble y una Sencilla, Se procede a realizar la excavacion Para instalar ducto de 3ϕ que conecta las Cajas de paso.

31-10-20 Kr 19 X calle 60 C Sur

Costado oriental Se realiza la demolición de Sardinel y excavacion del anden, Se realiza la construccion de cajas de paso y excavacion para ductos de 3ϕ

Escaneado con CamScanner

3-11-20 Kr 19 X calle 60 c Sur

costado occidental, se realiza una visita técnica
de alineamiento con la ingeniera Angelica Mayra
Carreño de la central SDM, se revisan los
dos postes de los flujos 91 y 291
hacia el costado occidental dado la existencia
de un semáforo de 3,40 m sobre su
vereda una vez finalice el semáforo y
a continuación via la red y su derivación sera
subida hacia la nueva Proyectada en la fachada.
Para el grupo 3, se solicita dejar dos
carriles de despejo, en cuanto a la propuesta
de guardera para la Kr 18T se define por
parte de la SDM no realiza ninguna intervención
se realiza la instalación de sardinel en
el costado oriental en conformación de material
de SBG.

4-11-20 Kr 19 X calle 60 c Sur

Se realiza la instalación de sardinel
en el costado oriental y conformación de
material de sbg en toda la costado oriental
instalación de sardinel y excavación manual
en la isla del costado oriental.

observaciones:

- Se reporta daño en la red de gas natural
en el costado oriental de 1" rotura de un
tubo de 1/2"

Escaneado con CamScanner

5-11-20 Kr 19 X calle 60 C Sur

Se realiza compactacion de la base granular en el costado oriental, se toman densidades en el terreno con el metodo cono y arena, Sur 95,8%
99,9%
95,2%
Se realiza la instalacion de baldoza podotactil tropezon

6-11-20 Kr 19 X calle 60 C Sur

Se realiza el extendido de concreto 3000 PSI grav fina normal del remisivo de remision # 30073 en la cuadra sur se instala bolardo de concreto para Proteccion de la Zona Peatonal, Se instala Sardinel y baldoza de 4x4.

Kr 17 X Calle 7B Bis Sur

Se realiza la excavacion para la caja del AAE costado Sur, se realiza excavacion fuera las Placas del Separador y costado norte se realiza la excavacion para instalacion de cortes en el Separador

Escaneado con CamScanner

ANEXO 7. APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL – SGSS

071

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-05, 01:37:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033464830

Periodo Cotización: septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8819992690

PAGADO 05/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIAN ARTURO CHACIN QUINTERO		
Documento	CC1126123418	**Dirección**	CRA 95 75B-33
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1126123418	FABIAN ARTURO CHACIN QUINTERO	03	00	X																0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 109.800	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300	$ 0	$ 250.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

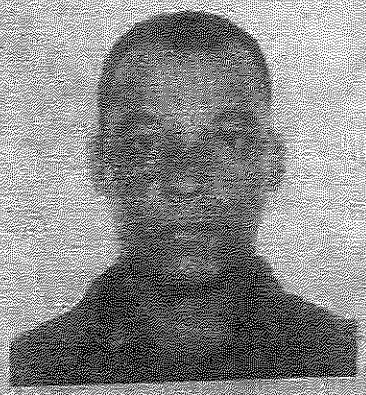
NUMERO 98.653.683
OVIEDO CORDERO

APELLIDOS
HUGO ALBERTO

NOMBRES

Hugo Oviedo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1976
ARBOLETES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

08-JUL-1997 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0111730-00215207-M-0098653683-20100216 0020982458A 1 33095002

Kr 63 bis # 73A 09
Esp: Sisben
Hugo Oviedo Cordero
98.653.683

ARL | sura

Medellín, 19 de octubre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 G&G INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C98653683	OVIEDO CORDERO HUGO ALBERTO	20/10/2020		15623223	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/10/2020 17:23:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.48.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

RADICADO

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — CÓDIGO: 01 — FECHA DE LA SOLICITUD: 19 10 2020

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: OVIEDO — SEGUNDO APELLIDO: CORDERO — PRIMER NOMBRE: HUGO — SEGUNDO NOMBRE: ALBERTO
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [CC] — 8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 98653683 — 9. SEXO: F [X] — 10. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBÉN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: SURA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: 877803 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA — ZONA: U. [ ] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA — DEPARTAMENTO: BOGOTA — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL — CORREO ELECTRÓNICO — CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO (DÍA MES AÑO) — CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)	29. PARENTESCO	30. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo dispuesto la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R U					I II III	
2			R U					I II III	
3			R U					I II III	
4			R U					I II III	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: G&g Ingenieros Asociados S.A.S. — 36. Tipo documento de identidad: NIT — 37. Número documento de identidad: 901.136.388-5 — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 53 # 85 i - 93 — CIUDAD: BOGOTA — DEPARTAMENTO: C/MARCA — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 19 10 2020 — CARGO: OBRERO — SALARIO: 877803

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS — Código
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD — A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO — A) MISMO RÉGIMEN — B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)
42. FECHA (a partir de) (DÍA MES AÑO) — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONE

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no relación alta del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. 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.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las bases de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. 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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CE [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad: — Total
57. Copia del dictamen de interdicción permanentemente por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. 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.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. 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.

X. DATOS A DILIGENCIAR POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio — Código del departamento — 67. Datos del SISBÉN — Número de ficha — Puntaje — Nivel — 68. Fecha de radicación (DÍA MES AÑO) — 69. Fecha de validación (DÍA MES AÑO)
70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer apellido — Segundo apellido — Nombres
Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD — 600V000 ENERO/ 2016 — 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. 01-01-F-003

- 2a. COPIA: AFILIADO -

074

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HUGO ALBERTO OVIEDO CORDERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.653.683**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Octubre del 2020.

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.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-03, 12:20:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 46705949

Periodo Cotización: septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020

PAGADO 03/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS GIOVANNY HURTADO PEÑA		
Documento	CC1054681093	**Dirección**	CL 141 #7 B - 78
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7926121
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IND	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1054681093	LUIS GIOVANNY HURTADO PEÑA	03	00	X																0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 877.803	$ 109.800	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 4.700	$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300	$ 0	$ 250.300

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | CERTIFICADO INDIVIDU

Fecha creación: 2020-11-04, 02:32:14 p. m. **Tipo Planilla:** I **Número Planilla:** 1032610471

Periodo Cotización: 202009 **Periodo Servicio:** 202009

PAGADA 2020-10-19 21:55:38.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 19/10/2020, la empresa LUZ STELLA PINEDA BUSTOS, con documento de identificación CC1026260474, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado PINEDA BUSTOS LUZ STELLA, con CC 1026260474, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N800229739	230201	PROTECCION (ING + PROTECCION)
EPS	N800251440	EPS005	EPS SANITAS

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **MARIA CAMILA GAMBA OSPINA**, identificado con **CC** número **1019079604**, aportó en nombre de **MARIA CAMILA GAMBA OSPINA**, identificado(a) con **CC** número **1019079604** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2020-09** y salud **2020-09** de la siguiente manera:

Código	Nombre de Administradora																								
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar														0		30	$877.803	$17.600	$0	$0	Septiembre - 2020	45468042	05/10/2020	N
EPS008	Compensar EPS														0		30	$877.803	$109.800	$0	$0	Septiembre - 2020	45468042	05/10/2020	N
230301	Porvenir														0		30	$877.803	$140.500	$0	$0	Septiembre - 2020	45468042	05/10/2020	N

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Octubre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

073

Identificación	1077425387	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	3116397504
Razón Social	MELIZA JANEZ GOMEZ PALACIOS	Dirección	TRANSVERSAL 113F #64B-18	Fecha Pago	16/10/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Septiembre-20
Banco	BANCOLOMBIA	No. Planilla	46049618	Periodo Pensión	Septiembre-20
Total a Pagar	$342,000	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	$1,200,000	$192,000	$0	$0	$0	$0	$0		$192,000
Totales				$1,200,000	$192,000	$0	$0	$0	$0	$0		$192,000

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$1,200,000	$150,000	$0	$0		$0		$0		150000	$150,000
Totales				$1,200,000	$150,000	$0	$0		$0		$0		$150,000	$150,000

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **NELSON SUAREZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con **CC** número **7542993** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

ADMINISTRADORA	NOMBRE	VSP	VSP FONDO VOLUNTARIO	SANCIÓN MINIMA	SANCIÓN MORA	TARIFA APORTES EMPLEADOR	TARIFA APORTES PENSIONADO	APORTE VOLUNTARIO EMPLEADO	APORTE VOLUNTARIO EMPLEADOR	APORTE VOLUNTARIO TOTAL	RETENCIÓN FUENTE	TOTAL	DÍAS COTIZADOS	IBC	TARIFA APORTES	NUMERO UNIDAD PAGO APORTES	VALOR NOMINAL APORTES	VALOR TOTAL APORTES	FECHA PAGO APORTES	NUMERO PLANILLA ASOCIADA	FECHA PLANILLA ASOCIADA	CORRECCIONES
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0										0	30	$1.192.550	0,16000		$190.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0										0	30	$1.192.550	0,06960		$83.100	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	0										0	30	$1.192.550	0,04000		$47.800	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS008	Compensar EPS	1	0										0	30	$1.192.550	0,04000		$47.800	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado N° SI 606-1

077

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900280713-8	INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS	CARRERA 69B No 21 - 60 SUR	2601182	ph.ingenieriallda@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B -- menos de 200 c	OBRAS PH / 23	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-10	E		46440542	$9.823.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	455.800	0		0		0	0	0	0	455.800	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	134.800	0		0		0	0	0	0	134.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	108.200	0		0		0	0	0	0	108.200	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	102.200	0		0		0	0	0	0	102.200	2
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	284.200	0		0		0	0	0	0	284.200	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	163.800	0		0		0	0	0	0	163.800	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	281.000	0	0	0	0	0	0		281.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	3.420.500	0	0	0	0	0	0		3.420.500	14
231001	Colfondos	800227940-6	220.700	0	0	0	0	0	0		220.700	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.036.300	0	0	0	0	0	0		1.036.300	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	2.262.800				2.262.800	0	0	2.262.800			22.628	2.262.800	24

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.301.000	0	0	1.301.000	24

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900280713-8	INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS	CARRERA 69B No 21 - 60 SUR	2601182	ph.ingenieriallda@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B -- menos de 200 c	OBRAS PH / 23	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-10	E		46440542	$9.823.300	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	1.301.000	1.301.000
Pensión	4	4.958.500	4.958.500
Riesgos Laborales	1	2.262.800	2.262.800
CCF	1	1.301.000	1.301.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	9.823.300	9.823.300

670

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900280713-6	INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS		CARRERA 69B No 21 - 60 SUR	2601182	ph.ingenierialtda@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OBRAS PH	23	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 24 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-10	E		46440542	$9.823.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSION							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012354132	ROMERO SUAREZ OSCAR EDUARDO	1	0			S																	230301	2.173.913	347.900	0	0	0	0	EPS017	2.173.913	87.000	14-7	2.173.913	5	151.400	CCF24	2.173.913	87.000	0	0	0	0	0
2	CC	1012438742	AREVALO MORANTES YENNY MILENA	1	0			S																	230301	1.090.183	174.500	0	0	0	0	EPS002	1.090.183	43.700	14-7	1.090.183	5	75.900	CCF24	1.090.183	43.700	0	0	0	0	0
3	CC	1014222677	SALAMANCA ZEA WILLIAM GUILLERMO	1	0			S																	230301	1.674.000	267.900	0	0	0	0	EPS010	1.674.000	67.000	14-7	1.674.000	5	116.600	CCF24	1.674.000	67.000	0	0	0	0	0
4	CC	1018478445	ALVARADO CUELLAR WENDY DAYANNA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-7	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
5	CC	1023862499	CASTAÑO HERNANDEZ JHON SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.083.854	173.500	0	0	0	0	EPS017	1.083.854	43.400	14-7	1.083.854	5	75.500	CCF24	1.083.854	43.400	0	0	0	0	0
6	CC	1031173331	CASAS ORJUELA LILIBETH SAMARA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS016	1.300.000	52.000	14-7	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	79104209	MONTAÑA CONTRERAS JUSTO PASTOR	1	0			S																	25-14	1.733.000	277.300	0	0	0	0	EPS037	1.733.000	69.400	14-7	1.733.000	5	120.700	CCF24	1.733.000	69.400	0	0	0	0	0
8	CC	79639032	CUBILLOS CASALLAS MIGUEL ANGEL	1	0			S																	230301	1.374.000	219.900	0	0	0	0	EPS002	1.374.000	55.000	14-7	1.374.000	5	95.700	CCF24	1.374.000	55.000	0	0	0	0	0
9	CC	80247845	CASTILLO RODRIGUEZ ROGER STEVE	1	0			S																	230301	1.674.000	267.900	0	0	0	0	EPS017	1.674.000	67.000	14-7	1.674.000	5	116.600	CCF24	1.674.000	67.000	0	0	0	0	0
10	CC	80371216	RUIZ CASAS HERNANDO	1	0			S																	25-14	1.192.550	190.900	0	0	0	0	EPS005	1.192.550	47.800	14-7	1.192.550	5	83.100	CCF24	1.192.550	47.800	0	0	0	0	0
11	CC	80525841	SUAREZ TERREROS LUIS ALBEIRO	1	0			S																	25-14	1.273.000	203.700	0	0	0	0	EPS037	1.273.000	51.000	14-7	1.273.000	5	88.700	CCF24	1.273.000	51.000	0	0	0	0	0
12	CC	93011180	RIVERA RODRIGUEZ EUCLIDES	1	0			S																	230301	1.083.854	173.500	0	0	0	0	EPS037	1.083.854	43.400	14-7	1.083.854	5	75.500	CCF24	1.083.854	43.400	0	0	0	0	0
13	CC	3017702	ROMERO BARBOSA JOSE MIGUEL	1	0			S																	230301	2.173.913	347.900	0	0	0	0	EPS006	2.173.913	87.000	14-7	2.173.913	5	151.400	CCF24	2.173.913	87.000	0	0	0	0	0
14	CC	3051928	VARGAS CANO PEDRO PABLO	1	0			S																	25-14	1.083.854	173.500	0	0	0	0	EPS002	1.083.854	43.400	14-7	1.083.854	5	75.500	CCF24	1.083.854	43.400	0	0	0	0	0
15	CC	3060334	ZARATE LEON JOSE RODOLFO	1	0			S																	230301	1.083.854	173.500	0	0	0	0	EPS017	1.083.854	43.400	14-7	1.083.854	5	75.500	CCF24	1.083.854	43.400	0	0	0	0	0
16	CC	4245270	LAGOS MONSALVE JOSE SATURNINO	1	0			S																	230301	1.083.854	173.500	0	0	0	0	EPS017	1.083.854	43.400	14-7	1.083.854	5	75.500	CCF24	1.083.854	43.400	0	0	0	0	0
17	CC	72073917	SARMIENTO AGAMEZ ROGER EDUARDO	1	0			S																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-7	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0
18	CC	7542993	SUAREZ RODRIGUEZ NELSON	1	0			S																	25-14	1.192.550	190.900	0	0	0	0	EPS008	1.192.550	47.800	14-7	1.192.550	5	83.100	CCF24	1.192.550	47.800	0	0	0	0	0
19	CC	1033756714	CASTAÑO HERNANDEZ DAMASO	1	0			S																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-7	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0
20	CC	1069872436	CHIMBI YENNY PAOLA	1	0			S	X																231001	294.447	47.200	0	0	0	0	EPS002	294.447	11.800	14-7	294.447	5	20.500	CCF24	294.447	11.800	0	0	0	0	0
21	CC	1069873038	TRIANA CHIMBI YEISON	1	0			S																	230301	1.192.550	190.900	0	0	0	0	EPS002	1.192.550	47.800	14-7	1.192.550	5	83.100	CCF24	1.192.550	47.800	0	0	0	0	0
22	CC	12256027	CAMACHO MENDEZ JAVIER	1	0			S																	230301	1.736.028	277.800	0	0	0	0	EPS002	1.736.028	69.500	14-7	1.736.028	5	120.900	CCF24	1.736.028	69.500	0	0	0	0	0
23	CC	19327300	DIAZ VALBUENA JOSE DIMAS	1	1			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.508.000	60.400	14-7	1.508.000	5	105.000	CCF24	1.508.000	60.400	0	0	0	0	0
24	CC	3017678	SUAREZ ROMERO RAFAEL ANTONIO	1	0			S																	230301	1.733.000	277.300	0	0	0	0	EPS002	1.733.000	69.400	14-7	1.733.000	5	120.700	CCF24	1.733.000	69.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-17, 09:57:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033227887

Periodo Cotización: septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020

PAGADO 17/10/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR EDUARDO VALLES MAYORGA		
Documento	CC79220093	**Dirección**	CR 8A #22 - 38 BARRIO LA CAÑADA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8211961
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79220093	OSCAR EDUARDO VALLES MAYORGA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 877.803	$ 109.800	2.436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 0	$ 271.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **PEDRO PABLO VARGAS CANO**, identificado(a) con **CC** número **3051928** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0															0		30	$1.083.854	0,16000			$173.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
	Cía. de Seguros Bolívar S.A.	1	0															0		30	$1.083.854	0,06960	5		$75.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filar	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000			$43.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000			$43.400	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SI 006-1

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901136388-5	G&G Ingenieros Asociados S.A.S.		Calle 53 # 85 i - 93 Piso 1	7025650	gygingenierosasociados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MiPYME	Obra1	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					37	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-09	E	26/10/2020	46188187	$4.343.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Tipo/Tipo	Extranjería	Cotiz. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLECTIVO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1002318347	CAPATAZ PAYARES KEINER	1	0			S	X															25-14	204.821	32.800	0	0	0	0	EPS002	204.821	8.200	14-11	204.821	5	14.300	CCF24	204.821	6.200	0	0	0	0	0
CC	1002444481	HOYOS URIELES JOSE LUIS	1	0			S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS037	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	1002444563	HOYOS URIELES LUIS ALFREDO	1	0			S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS005	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	1003777836	PEREZ RAYO JAIDER FARITH	1	0			S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPSC34	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	QUIROZ ROBERT ANTONIO	1	0			S	X															230301	438.902	70.300	0	0	0	0	EPS017	438.902	17.600	14-11	438.902	5	30.600	CCF24	438.902	13.200	0	0	0	0	0
CC	1007321915	PARRA CARDENAS DANIEL ESTEBAN	1	0			S	X	X														230301	29.261	4.700	0	0	0	0	EPSC34	29.261	1.200	14-11	29.261	5	2.100	CCF24	29.261	900	0	0	0	0	0
PE	610794209081 993	NAVARRO GARCIAS JESUS ALFREDO	1	0			S	X	X														230201	87.781	14.100	0	0	0	0	EPS017	87.781	3.600	14-11	87.781	5	6.200	CCF24	87.781	2.700	0	0	0	0	0
CC	80836597	MORA CARDENAS FREDY ALEXANDER	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
PE	[illegible]	[illegible]	1	0			S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS037	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	CHAVES [illegible]	1	0			S	X															230301	292.601	46.900	0	0	0	0	EPS017	292.601	11.800	14-11	292.601	5	20.400	CCF24	292.601	8.800	0	0	0	0	0
CC	1082726818	MARTINEZ ARRIETA JHON JAIDER	1	0			S	X															230201	29.261	4.700	0	0	0	0	EPS002	29.261	1.200	14-11	29.261	5	2.100	CCF24	29.261	900	0	0	0	0	0
CC	85437038	VILLAFAÑE JIMENEZ ENRIQUE	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	OLIVEROS PEREZ ESTEVENSON	1	0			S	X															231001	555.942	89.000	0	0	0	0	EPS017	555.942	22.300	14-11	555.942	5	38.700	CCF24	555.942	16.700	0	0	0	0	0
CC	1103115897	MERCADO JIMENEZ ESTEBAN LUIS	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
PE	937795214041 977	CAMPOS LUIS RAFAEL	1	0			S	X	X														230301	29.261	4.700	0	0	0	0	EPS037	29.261	1.200	14-11	29.261	5	2.100	CCF24	29.261	900	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	RODRIGUEZ CONEO ENRIQUE ENRIQUE	1	0			S	X															25-14	497.422	79.600	0	0	0	0	EPS002	497.422	19.900	14-11	497.422	5	34.700	CCF24	497.422	15.000	0	0	0	0	0
CC	78304243	CAUSIL DORIA NEVER ANTONIO	1	0			S	X	X														230301	29.261	4.700	0	0	0	0	EPS017	29.261	1.200	14-11	29.261	5	2.100	CCF24	29.261	900	0	0	0	0	0
CC	79241750	FONSECA CHAPARRO HUGO BENIGNO	1	0			S	X	X														230201	585.202	93.700	0	0	0	0	EPS017	585.202	23.500	14-11	585.202	5	40.800	CCF24	585.202	17.600	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible] LOZANO ADRIAN	1	0			S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS044	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	1049899138	ROJAS ESTRADA CARLOS JAVIER	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	83163176	CHAVES POLANIA JOSE ANTONIO	1	0			S	X															230301	468.162	75.000	0	0	0	0	EPS005	468.162	18.800	14-11	468.162	5	32.600	CCF24	468.162	14.100	0	0	0	0	0
CC	1073813737	CUADRADO MAUSSA SERGIO LUIS	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS005	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	1075219042	TOVAR SANCHEZ RENZO ALBERTO	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	URANGO JIMENEZ JESUS ALBERTO	1	0			S	X															230301	497.422	79.600	0	0	0	0	EPS037	497.422	19.900	14-11	497.422	5	34.700	CCF24	497.422	15.000	0	0	0	0	0
CC	11001573	BANQUET MIRANDA JOHN JAIRO	1	0			S	X	X														230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS016	58.521	2.400	14-11	58.521	5	4.100	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	DIAZ MERCADO JUAN RAFAEL	1	0			S	X															230301	351.122	56.200	0	0	0	0	EPS017	351.122	14.100	14-11	351.122	5	24.500	CCF24	351.122	10.600	0	0	0	0	0
CC	11365380	MORA MARTIN MARCO AURELIO	1	0			S	X															230301	497.422	79.600	0	0	0	0	EPS017	497.422	19.900	14-11	497.422	5	34.700	CCF24	497.422	15.000	0	0	0	0	0
CC	11365380	MORA MARTIN MARCO AURELIO	1	0			S												X				230301	58.521	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.521	2.400	14-11	58.521	5	0	CCF24	58.521	1.800	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	ALVAREZ ZAMBRANO EDGAR GABRIEL	1	0			S	X															230201	497.422	79.600	0	0	0	0	ESSC07	497.422	19.900	14-11	497.422	5	34.700	CCF24	497.422	15.000	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	VALENCIA ORTEGA YHON GEIDIS	1	0			S	X															230301	614.463	98.400	0	0	0	0	EPS017	614.463	24.600	14-11	614.463	5	42.800	CCF24	614.463	18.500	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	1	0			S	X															230301	614.463	98.400	0	0	0	0	EPS002	614.463	24.600	14-11	614.463	5	42.800	CCF24	614.463	18.500	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	1	0			S	X															231001	614.463	98.400	0	0	0	0	EPS005	614.463	24.600	14-11	614.463	5	42.800	CCF24	614.463	18.500	0	0	0	0	0
CC	1024553639	MONTEALEGRE CARREÑO DIEGO ARMANDO	1	0			S																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	1067839403	FUENTES LAGARES JANIER JOSE	1	0			S	X	X														231001	29.261	4.700	0	0	0	0	EPS017	29.261	1.200	14-11	29.261	5	2.100	CCF24	29.261	900	0	0	0	0	0
CC	1010136584	CEPEDA GUTIERREZ BRAYAN EDUARDO	1	0			S		X														230301	146.301	23.500	0	0	0	0	EPSC34	146.301	5.900	14-11	146.301	5	10.200	CCF24	146.301	4.400	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	1	0			S	X															230201	497.422	79.600	0	0	0	0	EPS005	497.422	19.900	14-11	497.422	5	34.700	CCF24	497.422	15.000	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	1	0			S																230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.800	CCF24	1.000.000	30.000	0	0	0	0	0
CC	1022325488	MORENO GARCIA EDWARD	1	0			S		X														230301	146.301	23.500	0	0	0	0	EPS044	146.301	5.900	14-11	146.301	5	10.200	CCF24	146.301	4.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901136388-5	G&G Ingenieros Asociados S.A.S.	Calle 53 # 85 i - 93 Piso 1	7025650	gygingenierosasociados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	Obra1	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				37	0
2020-10	2020-09	E	26/10/2020	46186187	TOTAL A PAGAR	
					$4,343,600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	58.700	0		0		0	0	0	0	58.700	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	100.900	0		0		0	0	0	0	100.900	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	40.000	0		0		0	0	0	0	40.000	1
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	184.600	0		0		0	0	0	0	184.600	14
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	91.500	0		0		0	0	0	0	91.500	4
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	41.100	0		0		0	0	0	0	41.100	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	42.300	0		0		0	0	0	0	42.300	3
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	19.900	0		0		0	0	0	0	19.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	974.200	0	0	0	0	0	0		974.200	10
230301	Porvenir	800224808-8	1.041.200	0	0	0	0	0	0		1.041.200	22
231001	Colfondos	800227940-6	192.100	0	0	0	0	0			192.100	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	112.400	0	0	0	0	0			112.400	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.005.800				1.005.800	0	0	1.005.800			0,00	1.005.800	37

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	436.500	0	0	436.500	37

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

![compensar | miplanilla.com]

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **RAFAEL ANTONIO SUAREZ ROMERO**, identificado(a) con **CC** número **3017678** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE																			DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA ESPECIAL	COTIZACION A APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0															0		30	$1.733.000	0,06960	5		$120.700	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filar	1	0															0		30	$1.733.000	0,04000			$69.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0															0		30	$1.733.000	0,16000			$277.300	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0															0		30	$1.733.000	0,04000			$69.400	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado Nº SI 005-1

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-10-29, 01:09:48 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2020
Empresa	RAFAEL ANTONIO TAPIERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 80372291
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8821020590 / 1033402164
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	08165267
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 254.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.19.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0
N900298372	EPSC34	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	1	$ 109.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 4.600	$ 0
			SubTotales:	$ 254.900	$ 0
			Total a Pagar:		$ 254.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **JOSE MIGUEL ROMERO BARBOSA**, identificado(a) con **CC** número **3017702** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Código	Nombre	Días Cotizados	Horas Cotizadas	IBC	Tarifa Aportes	Salario Integral	Horas Cotizadas Mayores	Cotización Obligatoria	Cotización Voluntaria	Cotización Retenida	Periodo Pago	Número Planilla	Fecha Pago	Mora
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0	30	$2.173.913	0,06960	S		$151.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	1	0	30	$2.173.913	0,04000			$87.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0	30	$2.173.913	0,16000			$347.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS005	Sanitas EPS	1	0	30	$2.173.913	0,04000			$87.000	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 005-1

082

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **JOSE SATURNINO LAGOS MONSALVE**, identificado(a) con **CC** número **4245270** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE																				IBC	TARIFA APORTE	TARIFA ÚNICA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0															0		30	$1.083.854	0,06960		$75.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
[illegible]	Compensar Caja de Compensacion Filar	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000		$43.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000		$43.400	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0															0		30	$1.083.854	0,16000		$173.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001
Icontec
Certificado N° SI 005-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **WALTER ENRIQUE TORRES MARTINEZ**, identificado(a) con **CC** número **8865954** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440681** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Código	Nombre	Días Cotizados Pensión	Días Cotizados Salud	Días Cotizados ARL	Días Cotizados CCF	Días Cotizados SENA	Días Cotizados ICBF	Días Cotizados ESAP	Días Cotizados MEN	Días Cotizados Mora Pensión	Días Cotizados Mora Salud	Días Cotizados Mora ARL	Días Cotizados Mora CCF	Días Cotizados Mora SENA	Días Cotizados Mora ICBF	Días Cotizados Mora ESAP	Días Cotizados Mora MEN	Días Cotizados Vac LR	Días Cotizados Vac LMA	IBC	Tarifa Aportes Pensión	Aportes Pensión Obligatorio	Aportes Pensión Voluntario	Aportes Fondo de Solidaridad	Periodo	Referencia de Pago	Fecha de Pago	Planilla Asistida
14-7	Cía. de Seguros Bolívar S.A.	1	0															0		30	$877.803		$61.100	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filiar	1	0															0		30	$877.803		$35.200	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1	0															0		30	$877.803		$35.200	$0	$0	Noviembre - 2020	46440681	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0															0		30	$877.803		$140.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 009-1

083

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **JOSE DIMAS DIAZ VALBUENA**, identificado(a) con **CC** número **19327300** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

																					IBC	Tarifa aporte						Periodo	Número de planilla	Fecha de pago	
14-7	Cía. de Seguros Bolívar S.A.	1	1															0		30	$1.508.000	0,06960	5		$105.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
[illegible]	Compensar Caja de Compensación Fliar	1	1															0		30	$1.508.000	0,04000			$60.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS008	Compensar EPS	1	1															0		30	$1.508.000	0,04000			$60.400	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001
Icontec
Certificado Nº SI 005-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **ARMANDO JIMENEZ RIAÑO.** identificado(a) con **CC** número **79511422** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440681** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Cod Oper	Nombre	Días Cotizados	Horas Cotizadas	Salario Básico	Ingreso Variable	Vacaciones	Incapacidad Enfermedad General	Incapacidad Accidente Trabajo	Incapacidad Enfermedad Profesional	Licencia Maternidad	Licencia Paternidad	Licencia Remunerada	Suspensión Temporal	Licencia No Remunerada	Variación Transitoria Salario	Días Mora	Horas Mora	IBC	Tarifa Aporte Obligatorio	Valor Cotización Nominal	Valor Cotización Mora	Valor Cotización Sostenimiento	Periodo	Número Planilla	Fecha Pago	Ajuste
I4-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	1	0													0		30	$2.000.000		$139.200	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fllar	1	0													0		30	$2.000.000		$80.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
EPS010	EPS Sura	1	0													0		30	$2.000.000		$80.000	$0	$0	Noviembre - 2020	46440681	05/11/2020	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0													0		30	$2.000.000		$320.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 005-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **MIGUEL ANGEL CUBILLOS CASALLAS,** identificado(a) con **CC** número **79639032** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

[illegible]	[illegible]																		IBC	TARIFA APORTE	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	[illegible]
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0													0		30	$1.374.000	0,06960		$95.700	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
[illegible]4	Compensar Caja de Compensacion Filar	1	0													0		30	$1.374.000	0,04000		$55.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0													0		30	$1.374.000	0,16000		$219.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0													0		30	$1.374.000	0,04000		$55.000	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SI 005-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **HERNANDO RUIZ CASAS**, identificado(a) con **CC** número **80371216** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE																				IBC	TARIFA APORTE	DOBLE TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN NO APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0															0		30	$1.192.550	0,16000		$190.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
14-7	Cía. de Seguros Bolívar S.A.	1	0															0		30	$1.192.550	0,06960		$83.100	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	1	0															0		30	$1.192.550	0,04000		$47.800	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS005	Sanitas EPS	1	0															0		30	$1.192.550	0,04000		$47.800	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 806-1

085

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **EUCLIDES RIVERA RODRIGUEZ**, identificado(a) con **CC** número **93011180** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

14-7	Cla. de Seguros Bolivar S.A.	1	0															0		30	$1.083.854	0,06960		$75.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
[illegible]	Colfondos	1	0															0		30	$1.083.854	0,16000		$173.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000		$43.400	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1	0															0		30	$1.083.854	0,04000		$43.400	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado Nº SI 605-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **JOSE ALBERTO NAVARRO MARTINEZ**, identificado(a) con **CC** número **1002487541** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440681** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Código	Nombre	Días Incapacidad General	Días Licencia Maternidad/Paternidad	Días Vacaciones	Días Licencia Remunerada	Días Licencia No Remunerada	Días Huelga Legal	Días Suspensión Temporal	Días Incapacidad Laboral	Días Ausentismo	Días Cotizados	Días Mora	Salario	IBC Otros Parafiscales Diferente de Nómina	Cotización Sin Situación de Fondos	Cotización Obligatoria	Valor Adicional	Total Cotización	Valor No Retenido	Periodo	Número de Planilla	Fecha de Pago	Cotización Exonerada
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0								0	30	$1.083.854		$75.500	$0	$0	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	1	0								0	30	$1.083.854		$43.400	$0	$0	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0								0	30	$1.083.854		$173.500	$0	$0	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0								0	30	$1.083.854		$43.400	$0	$0	$0	$0	Noviembre - 2020	46440681	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **WILLIAM GUILLERMO SALAMANCA ZEA**, identificado(a) con **CC** número **1014222877** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE																				IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	
14-7	Cla. de Seguros Bolivar S.A.	1	0															0		30	$1.674.000	0,06960	5		$116.600	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacio n Filar	1	0															0		30	$1.674.000	0,04000			$67.000	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS010	EPS Sura	1	0															0		30	$1.674.000	0,04000			$67.000	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230301	Porvenir	1	0															0		30	$1.674.000	0,16000			$267.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 Icontec

Certificado N° SI 606-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **JESUS ANDRES MORA MORA**, identificado(a) con **CC** número **1030522849** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440681** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Código	Nombre	Días Cotizados Pensión	Días Cotizados Salud	Días Cotizados ARL	Días Cotizados CCF	Días Cotizados SENA	Días Cotizados ICBF	Días Cotizados ESAP	Días Cotizados MEN	Días Incapacidad General	Días Licencia Maternidad/Paternidad	Días Vacaciones	Días Licencia Remunerada	Días Licencia No Remunerada	Días Huelga Legal	Días Cotizados Total	IBC	Tarifa %	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario	Aporte Solidaridad FSP	Periodo	Número de Planilla	Fecha de Pago	Planilla Asociada
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0												0	30	$1.192.550		$190.900	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0												0	30	$1.192.550		$83.100	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	1	0												0	30	$1.192.550		$47.800	$0	$0	Octubre - 2020	46440681	05/11/2020	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0												0	30	$1.192.550		$47.800	$0	$0	Noviembre - 2020	46440681	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 004-1

087

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES SAS**, identificada con **NI** número **900280713**, aportó por el empleado **DAMASO CASTAÑO HERNANDEZ**, identificado(a) con **CC** número **1033756714** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **46440542** para el periodo de salud **2020-11** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

Entidad	Nombre	Vr. Cotización Obligatoria	Vr. Cotización Voluntaria	Vr. Cotización Obligatoria Mora	Vr. Cotización Voluntaria Mora	Vr. Cotización Obligatoria Sanción	Vr. Cotización Voluntaria Sanción	Vr. Cotización Obligatoria Interés Mora	Vr. Cotización Voluntaria Interés Mora	Vr. Cotización Obligatoria Fondo Solidaridad	Vr. Cotización Voluntaria Fondo Solidaridad	Vr. Cotización Obligatoria Fondo Subsistencia	Vr. Cotización Voluntaria Fondo Subsistencia	Vr. Cotización Obligatoria Fondo Solidaridad Subsistencia	Vr. Cotización Voluntaria Fondo Solidaridad Subsistencia	Días	IBC	Tarifa (%)	Nro. Cotizante Adicional	Nro. Horas Laboradas	Valor Cotización Obligatoria	Vlr. Cotización Voluntaria	Vlr. Total Cotización	Periodo	Número de Planilla	Fecha de Pago	Pago Exitoso
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1	0													0	30	$877.803	0,06960	5		$61.100	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filar	1	0													0	30	$877.803	0,04000			$35.200	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S
EPS010	EPS Sura	1	0													0	30	$877.803	0,04000			$35.200	$0	$0	Noviembre - 2020	46440542	05/11/2020	S
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1	0													0	30	$877.803	0,16000			$140.500	$0	$0	Octubre - 2020	46440542	05/11/2020	S

El presente certificado se expide a los 5 días del mes Noviembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado Nº SI 008-1

SuAporte | REPORTE INDIVIDUA

Fecha creación reporte 2020-10-15, 02:07:45 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 46530119

Periodo Cotización 202009 **Periodo Servicio** 202009

PAGADA 2020-10-15 12:16:09.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA CAROLINA SERNA HERRERA				
Documento	CC 1012420278	**Dirección**	CL 72C SUR #78 C - 27		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3973021		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1012420278		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					SERNA HERRERA DIANA CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 877.803	230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 877.803	$ 109.600	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901136388-5	G&G Ingenieros Asociados S.A.S.	Calle 53 # 85 i - 93 Piso 1	7025650	gygingenierosasociados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				3	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-09	E	26/10/2020	46160550	$798.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Suspensión	VSP	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBERTURA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	7014240634	SANCHEZ RUIZ DAVID RICARDO	1	0			S																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS037	877.803	35.200	14-11	877.803	5	61.100	CCF24	877.803	26.400	0	0	0	0	0
CC	1129577194	ESCOBAR CASTILLO KATHERINE	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	1	5.300	CCF24	1.000.000	30.000	0	0	0	0	0
CC	80754042	GARCIA ANGULO EDWIN GONZALO	1	0			S																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-11	1.000.000	5	69.600	CCF24	1.000.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.296

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	12 MES	2019 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
JIMENEZ RIAÑO ARMANDO	CC (Tipo)	79511422 (Número)	20/04/1971	48 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	**11/12/2019 06:42:12 a.m.**	**11/12/2019 07:49:48 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *OBESIDAD GRADO I. AMETROPIA CORREGIDA. HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	APLAZADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
PIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICIONISTA DE SU EPS POR OBESIDAD GRADO I SEGUN IMC	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
ESPECIALISTA : NUTRICIONISTA. MEDICINA GENERAL		DIETA BALANCEADA : DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS Y CARBOHIDRATOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON OBESIDAD GRADO I SEGÚN IMC, VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS. PARACLÍNICOS CON EVIDENCIA DE HIPOACUSIA CON IMPLANTE COCLEAR BAHA , SIN AUDIOMETRIA RECIENTE , SIN EMBARGO HACE USO ADECUADO DE IMPLANTE , CERTIFICADO PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE. HIPOACUSIA BILATERAL CON COMPROMISO EN LENGUAJE . SE SUGIERE AL PACIENTE ACTUALIZAR VALORACIÓN DE ORL ANTES DE CADA CERTIFICACIÓN POR LO QUE SE RECOMIENDA VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. PRESENTA ADEMAS AMETROPIA VISUAL CORREGIDA, POR LO QUE SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA DE SU EPS. LABORATORIOS CON HIPERLIPIDEMIA MIXTA, POR LO QUE SE RECOMIENDA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EPS POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA.
PACIENTE APLAZADO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS POR HIPERLIPIDEMIA MIXTA.

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

Médico

Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
R.M. 11306568
Medico Cirujano General
Especialista en Medicina Laboral
y Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 11200

Código de Seguridad
Y136E1K26296

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JIMENEZ RIAÑO ARMANDO

CC: 79511422



Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000216390

Régimen :

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S. FECHA 04/08/2020 13:43:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: DAMASO CASTAÑO HERNANDEZ **C.C** 1033756714

EDAD 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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 [x]
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [ ]

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	[ ]	[x]	[ ]
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	[ ]	[ ]	[x]

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO - NUTRICION EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

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

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

090

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000216406

Régimen :

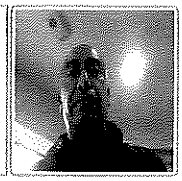
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S. FECHA 04/08/2020 14:00:18

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

NOMBRE Y APELLIDO: HERNANDO RUIZ CASAS **C.C** 80371216

EDAD 51 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

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
VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA VISION CERCANA
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen :

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S. FECHA 04/08/2020 14:00:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: HERNANDO RUIZ CASAS **C.C** 80371216

EDAD 51 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

091

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29,012

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	05 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MORA MORA JESUS ANDRES	CC (Tipo)	1030522849 (Número)	15/04/1986	34 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL	**21/05/2020 06:53:21 a.m.**	**21/05/2020 08:52:35 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : OBESIDAD GRADO I	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS		HACER DEPORTE
ESPECIALISTA : NUTRICIÓN		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON OBESIDAD GRADO I POR IMC, VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS, POR LO QUE SE RECOMIENDA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN. PARACLÍNICOS NORMALES. LABORATORIOS INFORMAN UN AUMENTO DE LOS TRIGLICÉRIDOS Y COLESTEROL, POR LO QUE SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL DE EPS PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL. SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

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

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz Lic. 11200 S.D.S. Medico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Código de Seguridad L136R1X29012	Firma:	
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR		Nombre: MORA MORA JESUS ANDRES	
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200		CC: 1030522849	

092

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.021

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	05 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
CASTAÑO HERNANDEZ JHON SEBASTIAN	CC (Tipo)	1023882499 (Número)	14/12/1988	31 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL	**21/05/2020 07:38:32 a.m.**	**21/05/2020 09:59:37 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO DENTRO DE LA NORMALIDAD. NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN. PARACLÍNICOS Y LABORATORIOS DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz Lic. 11200 S.O.S. Medico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Código de Seguridad P136V1B29021	Firma:  
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR		Nombre: CASTAÑO HERNANDEZ JHON SEBASTIAN
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200		CC: 1023882499

093

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.321

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	06 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO ESPECIALIZADO EN ALTURAS

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
TORRES MARTINEZ WALTER ENRIQUE	CC (Tipo)	8865954 (Número)	25/12/1972	47 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR DE OBRA	18/06/2020 07:03:25 a.m.	18/06/2020 08:15:36 a.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA, REMITIDO A:

Observaciones: *HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	APLAZADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : NUTRICIÓN, ORL, OPTOMETRÍA		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON ENFÁSIS EN ALTURAS, CON SOBREPESO POR IMC, VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS, POR LO QUE SE RECOMIENDA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN. PARACLÍNICOS CON AMETROPIA CORREGIDA. EVIDENCIA DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA, DESCENSO BILATERAL DE 3 A 8 HZ, PRESENTA PERFORACIÓN BILATERAL DE MEMBRANA, VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. LABORTATORIOS DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. SE EMITE EL CONCEPTO DE APLAZADO HASTA TANTO SEA VALORADO POR ORL QUIEN DETERMINE CONCEPTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

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

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz Lic. 11200505 Medico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Código de Seguridad J136P1V29321	Firma: WALTER TORRES
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR		Nombre: TORRES MARTINEZ WALTER ENRIQUE
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200		CC: 8865954

091

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000221519

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S. FECHA 29/08/2020 11:56:06

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: WILLIAM GUILLERMO SALAMANCA ZEA **C.C** 1014222877

EDAD 29 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERARIO



EXÁMENES PRACTICADOS

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

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [ ]

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	[ ]	[x]	[ ]
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	[ ]	[ ]	[x]

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C 79.687.876
Médico Laboral
Lic. Copp. RES 11294/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@hotmail.com - http://www.clinisurips.com

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26,975

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
DIAZ VALBUENA JOSE DIMAS	CC (Tipo)	19327300 (Número)	27/08/1956	63 AÑOS	B +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
TÉCNICO	MASCULINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
CONDUCTOR	**18/01/2020 07:00:51 a.m.**	**18/01/2020 08:20:49 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *PRESBICIA, DEFICIENCIAS DE LA VISION CROMATICA, HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA.*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: NO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
PIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : ORL, NUTRICION. MEDICINA GENERAL	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON SOBREPESO POR IMC, VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS. PARACLÍNICOS CON EVIDENCIA DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA CON CONSERVACIÓN DE LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. DEFICIENCIAS DE LA VISIÓN CROMÁTICA. LABORATORIOS CON EVIDENCIA DE HIPERLIPIDEMIA MIXTA, VALORAR POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS. NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS POR DEFICIENCIAS EN LA VISIÓN CROMÁTICA.

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

095

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz LM 11200 S.D.S. Médico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Código de Seguridad H136N1T26975	Firma: Jodiva 
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR		Nombre: DIAZ VALBUENA JOSE DIMAS
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200		CC: 19327300

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.068

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
RIVERA RODRIGUEZ EUCLIDES	CC (Tipo)	93011180 (Número)	12/10/1974	45 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR DE OBRA	**21/01/2020 06:50:18 a.m.**	**21/01/2020 08:20:12 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : PRESBICIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
PIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS DENTRO DE LA NORMALIDAD, PARACLINICOS SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL, LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS PARA EL CARGO.

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

096

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR	Código de Seguridad	Nombre: RIVERA RODRIGUEZ EUCLIDES	
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200	A136G1M27068	CC: 93011180	

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.903

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
NAVARRO MARTINEZ JOSE ALBERTO	CC (Tipo)	1002487541 (Número)	17/04/1997	22 AÑOS	B +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR DE OBRA	**16/01/2020 07:57:22 a.m.**	**16/01/2020 08:45:22 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
PIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO DENTRO DE LA NORMALIDAD. PARACLÍNICOS Y LABORATORIOS DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

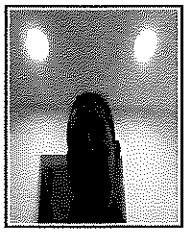
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el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

097

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz La 11200 S.S. Medico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Firma:	Josenavarro
Nombre:	OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR	Nombre:	NAVARRO MARTINEZ JOSE ALBERTO
R. M.:	11306568 L.S.O.: 11200	CC:	1002487541

Código de Seguridad
T136Z1F26903

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MONTAÑA CONTRERAS JUSTO PASTOR	CC (Tipo)	79104200 (Número)	15/06/1959	60 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	**24/01/2020 06:57:47 a.m.**	**24/01/2020 08:01:19 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *HTA CONTROLADA. AMETROPIA CORREGIDA, HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA.*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL SEMESTRAL	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : ORL	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO CON HTA REFERIDA POR EL PACIENTE, SE ENCUENTRA CONTROLADA POR SU EPS, PARACLÍNICOS CON EVIDENCIA DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA CON CONSERVACIÓN DE LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. CON AMETROPIA CORREGIDA. LABORATORIOS DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

098

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR	Código de Seguridad	Nombre: MONTAÑA CONTRERAS JUSTO PASTOR	
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200	M136S1Y27160	CC: 79104200	

CERTIFICADO OCUPACIONAL

Fecha de impresión 02/08/2018 3.24 PM

www.anmediprev.com.co

Fecha del Examen: 30/07/2018 00.00.00 **Tipo del Examen:** INGRESO



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS ANMEDIPREV	**Nit**	900574946-1
Dirección	Cra 44a no 22-50	**e-mail**	ipsanmediprev@gmail.com
Teléfonos	PBX: 5706352-5705811		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUZ STELLA PINEDA BUSTOS						
Identificación	CC	1026260474	**Edad**	30 Años	**Sexo**	F	
Estado Civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Fecha de Nacimiento**	03/05/1988	
Lugar de Nacimiento	EL PEÑON	**Dirección**	CALLE 63 SUR N 64 90		**Estrato**	3	
Procedencia	**Departamento**	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Teléfonos**	3102880634	
Grupo Familiar			**Grupo Sanguineo**		O +		
ARL	SSS SEGUROS BOLIVAR S.A.						
EPS	EPS SANITAS						

DATOS EMPRESA

Razón social	particular	**Fecha Ingreso**	1 MES
Cargo	ASESOR EXTERNO	**Sede**	MODELIA
Area	ADMINISTRATIVA	**Jornada de trabajo**	DIURNA
Antiguedad en el oficio	3 AÑOS		

EXAMENES REALIZADOS

142351	EXAMEN DE SO
142349	EXAMEN DE AUDIOMETRIA
142350	EXAMEN DE OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

RECOMENDACIONES	PAUSAS ACTIVAS, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL, CONTINUAR EN CONTROLES PRENATALES Y POR ENFERMEDAD COMUN, CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL
CONCEPTO	Apto para el cargo
OBSERVACIONES	APTO PARA EL CARGO

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

Sandra Rodriguez

SANDRA P. RODRIGUEZ
C.C 53299892 RM: S.O.12913
Firma y sello del Médico Evaluador

LUZ STELLA PINEDA BUSTOS
C.C 1026260474
Firma del trabajador Evaluado

099

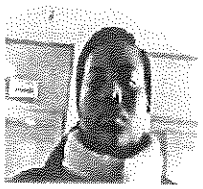
Av. Carrera 30 No. 46-86 86/90 Phs: 744 4003
Cel. 320 3493329 - 310 5692087 - www.ocupacionaljb.com

Imprimir

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRIA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL
Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogota D.C.
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN:	INGRESO	FECHA CERTIFICADO.	17/5/2019 11:26:34 AM	EMPRESA.		CARGO	
NOMBRE	MELIZA GOMEZ PALACIOS	CEDULA	1077425387	EDAD	32 Años	TELEFONO	3116397583

CONCEPTO APTITUD

CONCEPTO	CONCEPTO
APTO	
ESPECIFIQUE	

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

OPTOMETRIA	X	AUDIOMETRIA TONAL	X	OPTOMETRIA	X	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X	

RECOMENDACIONES

1	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO (PAUSAS ACTIVAS) - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN OBRA- DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS Y EJERCICIO FISICO REGULAR PARA REDUCIR PESO - CONTROLES POR NUTRICION POR EPS - USO DE LENTES PERMANENTE - CONTROL PERIODICO DE MEDICINA OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA Y OPTOMETRIA
2	
3.	

REMISION A EPS: SI

Yo, MELIZA GOMEZ PALACIOS identificado(a) con C.C. No.1077425387, de manera libre y voluntaria autorizo al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dá JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

Martha L. Nieto J.
Médico Esp. Salud Ocupacional
R.M. 51819815 L.S.O. 736 23/1/2017
U. El Bosque - U. Col. Mayor Cdco

Médico Especialista

Martha Nieto R.M. 51,819,815 L.S.O. 736 23/01/2017

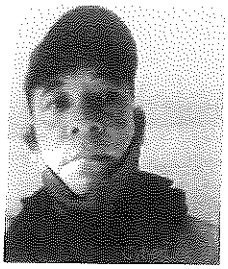
Aspirante o Trabajador

MELIZA GOMEZ PALACIOS C.C. No. 1077425387

FOR-PSI-07

QUIRÓN UNIDAD MÉDICA	QUIRÓN UNIDAD MEDICA	VER 003 FEBRERO 2018
	CERTIFICADO MEDICO LABORAL	ELABORADO POR: ALEXANDER GOMEZ REVISADO POR: SANDRA MALAGON APROBADO POR: JULIANA PINEDA

PRESTADOR: 1100128646 LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RESOLUCION 9891 DE 24 DE AGOSTO DE 2015 DIRECCION CRA 49B 93 - 35 TEL 6940333



FECHA	2020-10-19	CIUDAD	BOGOTÁ	H DE LLEGADA	7:24 AM	H DE SALIDA	12:48 PM
NOMBRE	**HUGO ALBERTO OVIEDO CORDERO**					Hemoclasificación:	**O +**
C.C No	**98653683**		EDAD	**44 años**	IMC.	**66kg * 165cm: 24.2**	
EMPRESA	**G&G INGENIEROS ASOCIADOS SAS**						
CARGO	**AYUDANTE**						
EXAMEN REALIZADO							
INGRESO							

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

1. Énfasis Osteomuscular

2. Agudeza Visual

RECOMENDACIONES	OPTOMETRIA	FONOAUDIOLOGIA
HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS PERMANENTES USO ADECUADO DE E.P.P A LABOR HABITOS DE VIDA SALUDABLE		

PROG. VIG. EPIDEMILÓGICO	

CONCEPTO MEDICO

ONCEPTO MEDICO	SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

OBSERVACIONES REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL / PAUSAS ACTIVAS/ El TRABAJADOR NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID- 19, TAMPOCO HA VIAJADO NI TIENE CONTACTO CON ALGÚN NEXO EPIDEMIOLÓGICO, POR LO QUE NO ES CONSIDERADO UNA FUENTE DE PELIGRO DE CONTAGIO, NO PRESENTA COMORBILIDADES QUE SE ASOCIAN A COMPLICACIONES DE COVID- 19

TRABAJO EN ALTURAS		MANIPULACION DE ALIMENTOS		LEVANTAR CARGAS	SIN RESTRICCIÓN

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO PUEDE SER CONFIRMADO Y ACEPTO LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE REPORTE

Dra. Silena Cotes Arias
Médica
Esp en seguridad y salud en el trabajo
C C 49 771 764
licencia 2016 en salud ocupacional

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA Y C.C DEL TRABAJADOR

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 – V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 20 de octubre de 2020

Señor:
HUGO ALBERTO OVIEDO CORDERO
Cargo: AYUDANTE

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 19 – 10 – 2020.

- HIGIENE POSTURAL
- PAUSAS ACTIVAS PERMANENTES
- USO ADECUADO DE EPP
- HABITOS DE VIDA SALUDABLE

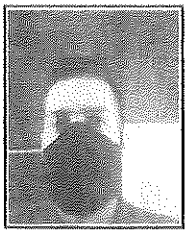
Muchas gracias por su atención.

Hugo Oviedo
Firma Trabajador
Cc: 98653683

Cardna Sana
Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420278

IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 7.014

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN PERIODICO

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

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HURTADO PEÑA LUIS GIOVANY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC	1054681093
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓
OPTOMETRIA ✓	.....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DEJAR DE FUMAR : MAYOR RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE POR TABAQUISMO NO FUMAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE GAFAS PERMANENTES, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTES NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Médico

Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11/09/2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 L.S.O.: SO 12913

Código de Seguridad
Z622F1L7014

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HURTADO PEÑA LUIS GIOVANY

CC: 1054681093

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 – V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 04 de octubre de 2020

Señor:
LUIS GIOVANY HURTADO PEÑA
Cargo: CONDUCTOR

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 04 – 10 – 2020.

- USO DE EPP
- SVE VISUAL
- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

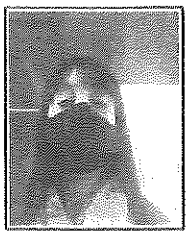
Muchas gracias por su atención.

Firma Trabajador
Cc: 1054681093

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1026260474

IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.012

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GAMBA OSPINA MARIA CAMILA	FEMENINO	27 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1019079604

AUXILIAR DE INGENIERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓
OPTOMETRIA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

EN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTES NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Médico

Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11/09/2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 L.S.O.: SO 12913

Código de Seguridad
V622B1H7012

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GAMBA OSPINA MARIA CAMILA

CC: 1019079604

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST-026 – 1 V01 Creado: 18 – 03 – 2019 Act: :

Bogotá 04 de octubre de 2020

Señor:
MARIA CAMILA GAMBA OSPINA
Cargo: AUXILIAR DE INGENIERIA

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el dia 04 – 10 – 2020.

- USO DE EPP
- SVE VISUAL
- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

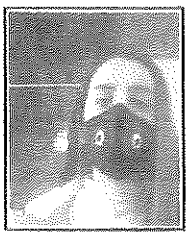
Muchas gracias por su atención.

Firma Trabajador
Cc: 1019079604.

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1026260474.

IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.011

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN INGRESO

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

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadania, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

SERNA HERRERA DIANA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	25 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1012420278 (Número)
Apellidos y Nombres				

PROFESIONAL SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓
OPTOMETRIA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROLES POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE GAFAS PERMANENTES, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN [illegible]ONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL
[illegible]GÚN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTES NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Médico

Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O: 12913
Del 11/09/2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 L.S.O.: SO 12913

Código de Seguridad
A622G1M7011

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SERNA HERRERA DIANA CAROLINA

CC: 1012420278

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01 –
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 04 de octubre de 2020

Señor:
DIANA CAROLINA SERNA HERRERA
Cargo: PROFESIONAL SST

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 04 – 10 – 2020.

- USO DE EPP
- SVE OSTEOMUSCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Muchas gracias por su atención.

Carolina Serna
Firma Trabajador
Cc: 1012420178.

Cristula Pineda
Firma responsable de SG-SST
Cc. 1026260474

IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.013

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN PERIODICO

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

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CHACIN QUINTERO FABIAN ARTURO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	CC	1126123418
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

AL .ACENISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓
OPTOMETRIA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP SVE AUDITIVO PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

I CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTES NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Médico

Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 31/09/2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
L622R1X7013

Aspirante o Trabajador

Fabian Chacin

Firma:

Nombre: CHACIN QUINTERO FABIAN ARTURO

CC: 1126123418

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST-026 – 1 V01 Creado: 18 – 03 – 2019 Act: :

Bogotá 04 de octubre de 2020

Señor:
FABIAN ARTURO CHACIN QUINTERO
Cargo: PROFESIONAL SST

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 04 – 10 – 2020.

- USO DE EPP
- SVE AUDITIVO
- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Muchas gracias por su atención.

Fabian Chacin
Firma Trabajador
Cc:

Cristela Pineda.
Firma responsable de SG-SST
Cc. 1026260474.

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
JUAN RAFAEL DIAZ MERCADO
Cargo
OFICIAL

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

abandonar el habito de fumar / se realiza examen medico laboral con estrictas medidas de bioseguridad y guardando distanciamiento social/higiene postural / ejercicios de estiramiento de piernas para favorecer el retorno venoso / manejo adecuado de cargas / reposo auditivo extra laboral / capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar / énfasis en el trabajo seguro/ protección solar adecuada / pausas activas/ uso de elementos de protección personal según profesiograma / el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico, por lo que no es considerado una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades que se asocian a complicaciones de covid- 19

APTO PARA EL CARGO

Juan Rafael Diaz M
Firma Trabajador
Cc:

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420298

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
JOSÉ ANGEL CHAVEZ CAÑA
Cargo
AYUDANTE

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

Higiene postural / ejercicios de estiramiento de piernas y para favorecer el retorno venoso / manejo adecuado de cargas / capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar / énfasis en el trabajo seguro/ protección solar adecuada, reposo auditivo extra laboral y uso de epp según desplazamiento y actividades de campo/ el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico, por lo que no es considerado
Una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades

APTO PARA EL CARGO

Firma Trabajador
Cc: 291 2019

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420278

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
DOUGLAS EDUARDO LEÓN FANDIÑO
Cargo
OFICIAL

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

énfasis en el trabajo seguro / reposo auditivo extra laboral / pausas activas/ el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico, por lo que no es considerado una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades que se asocian a complicaciones de covid- 19.

APTO PARA EL CARGO

Douglas León
Firma Trabajador
Cc: 2130715 8.

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420278

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01 Creado: 18 – 03 – 2019 Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
EDICXÓN GABRIEL ALVAREZ ZAMBRANO
Cargo
AYUDANTE

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

Se realiza examen médico laboral con estrictas medidas de bioseguridad y guardando distanciamiento Social/valoración por optometría de eps para corrección visual / abandonar el habito de fumar /higiene postural / ejercicios de estiramiento de piernas para favorecer el retorno venoso / manejo adecuado de cargas /reposo auditivo extra laboral / capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar / énfasis en el trabajo seguro/ protección solar adecuada / pausas activas/ uso de elementos de protección personal según profesiograma / el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico, por lo que no es considerado una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades que se asocian a complicaciones de covid- 19

. APTO PARA EL CARGO

Firma Trabajador
Cc: 1.042.467.682

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420278

Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
JESÚS ALBERTO URANGO JIMENEZ
Cargo
AYUDANTE

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

Énfasis en el trabajo seguro / reposo auditivo extra laboral / pausas activas/ el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico,por lo que no es considerado una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades que se asocian a complicaciones de covid- 19.
Higiene postural y hábitos de vida saludable.

APTO PARA EL CARGO

Firma Trabajador
Cc:

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420298

ACSR Ingeniería & Proyectos	NOTIFICACIÓN RECOMENDACIONES MÉDICAS	SG-SST 026 – 1 V01
		Creado: 18 – 03 – 2019
		Act: :

Bogotá 12 de Septiembre de 2020

Señor:
ESTIVENSON OLIVEROS PEREZ
Cargo
OFICIAL

Referencia: **Notificación recomendaciones exámenes médicos ocupacionales**

Mediante el presente, se notifica las recomendaciones médicas realizadas por el médico ocupacional del examen llevado a cabo el día 12 – 09 – 2020.

higiene postural / ejercicios de estiramiento de piernas y para favorecer el retorno venoso / manejo adecuado de cargas / capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar / énfasis en el trabajo seguro/ protección solar adecuada, reposo auditivo extra laboral y uso de epp según desplazamiento y actividades de campo/ el trabajador no presenta síntomas de covid- 19, tampoco ha viajado ni tiene contacto con algún nexo epidemiológico, por lo que no es considerado una fuente de peligro de contagio, no presenta comorbilidades que se asocian a complicaciones de covid-19

APTO PARA EL CARGO

Estivenson Oliveros
Firma Trabajador
Cc: 91536053

Firma responsable de SG-SST
Cc. 1012420238

Cruz Roja Colombiana

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

NIT 860 701 301-1

CENTRO DE ATENCIÓN : EXTRAMURAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nº Historia Clínica: 79220093

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 79220093 OSCAR EDUARDO VALLES MAYORGA					**F. Nacim:**	09/10/1982
Edad:	36 Años \ 7 Meses \ 25 Días	**Estado Civil:**	Casado	**Dirección:**	CARRERA 8 A 3 22 - 38		
Teléfono:	3005731685	**Procedencia:**	BOGOTA	**Ocupación:**	INGENIERO DE CAMPO		
Entidad:	PARTICULARES						
Plan Beneficios:	SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR			**Empresa:**	UNIVERSIDAD DISTRITAL		
Tipo de examen :	INGRESO	**Escolaridad :**	UNIVERSIDAD	**Titulo Profesional :**	CONSTRUCTOR Y GESTOR EN ARQUITECTURA		
FOLIO Nº 2		**Fecha del Folio:**	**04/06/2019 11:54**	**Area Serv:**	**SSS**		
Nº Ingreso:	3059041	**Fecha:**	04/06/2019 11:23	**F. Consulta:**	No_Aplica	**C. Externa:**	Otra

Concepto Medico

Ingreso o Preocupacional : APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS
Periodico:
Periodico Embarazada :
Post - Incapacidad :
Egreso :

Pruebas con funciones especiales

Sistema	Aptitud	Observaciones
Osteomuscular	ADECUADA	ADECUADO
Manipulacion de Alimentos	NO APLICA	
Trabajo en Alturas	NO APLICA	
Manejo de Armas	NO APLICA	
Espacios Confinados	NO APLICA	
Radiaciones Ionizantes	NO APLICA	
Manipulacion de Quimicos	NO APLICA	
Operacion Vehicular	NO APLICA	
Brigadista	NO APLICA	
Temperatura Extrema	NO APLICA	
Cardiovascular	NO APLICA	
Dermatologico	NO APLICA	
Respiratorio	NO APLICA	
Neurologico	NO APLICA	

Recomendaciones

Ocupacionales : ESCUELAS TERAPEUTICAS/ PAUSAS ACTIVAS,
HIGIENE POSTURAL,
PUESTO DE TRABAJO ERGONÓMICO,
USO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL,
CONTROL PERIÓDICO SALUD OCUPACIONAL,

Medicas : USO DE CORRECCIÓN VISUAL
ACTUALIZAR CORRECCIÓN VISUAL
ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTO
CONTROL OPTOMÉTRICO PERIÓDICO

Sistema vigilancia epidemiologia: SEGUN EXPOSICIÓN

Página: 5/7
Fecha Ingreso: Martes, 04 junio 2019
Usuario Impresión: 52664929

FABIAN RUBIANO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
R.M. 79623327

LICENCIADO A: [CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT 1860070301-1

Habitos y estilos de vida saludable : INICIO DE ACTIVIDAD FÍSICA
CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO

Resultado de pruebas paraclinicas

Examen	Resultado
Hemoclasificacion	NO APLICA
Cuadro hematico	NO APLICA
Perfil lipidico	NO APLICA
Glicemia	NO APLICA
Parcial de orina	NO APLICA
ICOH	NO APLICA
Frotis faringeo	NO APLICA
Cultivo faringeo	NO APLICA
Coprologico	NO APLICA
Optometria	NO APLICA
Audiometria	NO APLICA
Espirometria	NO APLICA
Fisioterapia	NO APLICA
Psicologia	NO APLICA
Electrocardiograma	NO APLICA
Pruebas Hepatica	NO APLICA
Pruebas Renales	NO APLICA
Radiografia	NO APLICA
Otros	NO APLICA

Recomendaciones: NO SE CERTIFICA PARA TRABAJOS DE RIESGO
SOLICITAR, DE SER NECESARIO, VALORACIONES ADICIONALES SEGÚN PROFESIOGRAMA Y PERFIL DE RIESGO DE LA EMPRESA.
CONTROL OPTOMETRIA EPS
CONTROL MEDICO Y NUTRICIONAL EPS
VERIFICAR VACUNAS EPS



FABIAN RUBIANO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
R.M. 79623327

LICENCIADO A: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA] NIT [860070301-1]

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.655

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	03 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
ROMERO BARBOSA JOSE MIGUEL	CC (Tipo)	3017702 (Número)	10/12/1969	50 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	**13/03/2020 06:35:04 a.m.**	**13/03/2020 08:33:46 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SATISFACTORIO**

Observaciones: *VER OBSERVACIONES*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL : MIOPIA, PRESBICIA	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : OBESIDAD GRADO I	HACER DEPORTE
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, OPTOMETRÍA, ORL	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON OBESIDAD GRADO I SEGÚN IMC, SE RECOMIENDA VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS, HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS, PRÁCTICAS DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA MEJORAR PESO CORPORAL ACTUAL. PARACLÍNICOS CON PRESBICIA Y MIOPÍA SIN CORREGIR, SE RECOMIENDA CONTROL CADA 6 MESES POR OPTOMETRIA DE SU EPS. LABORATORIOS ALTERADOS, GLICEMIA LIGERAMENTE ELEVADA AL IGUAL QUE EL COLESTEROL. RECOMENDAMOS SEGUIMIENTO Y CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE EPS DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

109

Médico

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad
V136B1H28655

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ROMERO BARBOSA JOSE MIGUEL

CC: 3017702

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.919

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
CUBILLOS MIGUEL ANGEL	CC (Tipo)	79639032 (Número)	17/12/1973	46 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
CONDUCTOR-OPERARIO	**17/01/2020 06:16:02 a.m.**	**17/01/2020 07:10:58 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO SATISFACTORIO POR ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: APLAZADO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : BLEFARITIS, PTERIGION, PRESBICIA ENVIAR	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
PIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS PRESENTA QUISTE TESTICULAR QUE LIMITA ACTIVIDAD FISICA CONTINUAR CON ESTUDIO Y MANEJO POR UROLOGIA, PARACLINICOS SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL, LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. APLAZADO PARA ALTURAS.

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

110

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz CC. 11200 S.D.S. Medico Cirujano General Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional	Código de Seguridad G136M1S26919	Firma: 
Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR		Nombre: CUBILLOS MIGUEL ANGEL
R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200		CC: 79639032

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.178

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	06 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
SUAREZ RODRIGUEZ NELSON	CC (Tipo)	7542993 (Número)	23/04/1963	57 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OFICIAL DE OBRA	**09/06/2020 05:50:04 a.m.**	**09/06/2020 07:44:40 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SATISFACTORIO**

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : PRESBICIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	SVE VISUAL : PRESBICIA	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : NUTRICIÓN, CARDIOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, OPTOMETRÍA, ORL	SVE CARDIOVASCULAR : IMA, HTA, SOBREPESO	HACER DEPORTE
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO CON ÉNFASIS EN ALTURAS SIN LIMITACIONES AL MOMENTO DEL EXAMEN. CON SOBREPESO POR IMC, POR LO QUE SE RECOMIENDA PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. MANIOBRAS DE EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN SIN LIMITACIONES, PARACLÍNICOS INFORMAN PRESBICIA, SE RECOMIENDA USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL Y SEGUIMIENTO OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS. EVIDENCIA DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA CON CONSERVACIÓN DE LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA LA PATOLOGÍA DE BASE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA Y MEDICINA GENERAL. SE REALIZARON LOS SIGUIENTES LABORATORIOS CLÍNICOS (COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS Y GLICEMIA BASAL), CON REPORTE SATISFACTORIO. SE SOLICITA ELECTROCARDIOGRAMA A LA EMPRESA POR EDAD DEL PACIENTE Y POR EL ANTECEDENTE DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, EL CUAL NO PRESENTA NINGUNA ALTERACIÓN. SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

Médico

Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
C.C. 11306568 S.O.S.
Medico Cirujano General
Especialista en Medicina Laboral
y Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 11200

Código de Seguridad
N136T1Z29178

Aspirante o Trabajador

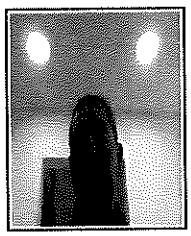
Firma:

Nombre: SUAREZ RODRIGUEZ NELSON

CC: 7542993



SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
MONTAÑA CONTRERAS JUSTO PASTOR	CC (Tipo)	79104200 (Número)	15/06/1959	60 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	24/01/2020 06:57:47 a.m.	24/01/2020 08:01:19 a.m.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *HTA CONTROLADA. AMETROPIA CORREGIDA, HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA.*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL SEMESTRAL	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : ORL,	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO CON HTA REFERIDA POR EL PACIENTE, SE ENCUENTRA CONTROLADA POR SU EPS, PARACLÍNICOS CON EVIDENCIA DE HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA CON CONSERVACIÓN DE LAS FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, VALORAR POR ORL DE SU EPS CON SEGUIMIENTO AUDIOMETRICO SEMESTRAL. CON AMETROPIA CORREGIDA. LABORATORIOS DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

112

Médico

Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
LM 11306568
Médico Cirujano General
Especialista en Medicina Laboral
y Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad
M136S1Y27160

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MONTAÑA CONTRERAS JUSTO PASTOR

CC: 79104200

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.653

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	03 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
SUAREZ ROMERO RAFAEL ANTONIO	CC (Tipo)	3017678 (Número)	25/07/1970	49 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	**13/03/2020 06:36:20 a.m.**	**13/03/2020 07:38:57 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SATISFACTORIO**

Observaciones: *VER OBSERVACIONES*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL : PRESBICIA SIN RX	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : OBESIDAD GRADO I	HACER DEPORTE
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN, MEDICINA GENERAL, OPTOMETRÍA, ORL	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO CON OBESIDAD GRADO I SEGÚN IMC, SE RECOMIENDA VALORAR POR NUTRICIÓN DE SU EPS, HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS, PRÁCTICAS DE EJERCICIOS FÍSICOS. PARACLÍNICOS CON PRESBICIA SIN CORREGIR, SE RECOMIENDA CONTROL CADA 6 MESES POR OPTOMETRIA DE SU EPS. LABORATORIOS ALTERADOS, GLICEMIA LIGERAMENTE ELEVADA AL IGUAL QUE LOS TRIGLICÉRIDOS. RECOMENDAMOS SEGUIMIENTO Y CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE EPS DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE. APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.

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

113

Médico

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad

W136C1I28653

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SUAREZ ROMERO RAFAEL ANTONIO

CC: 3017678

ANEXO 8. VIGIA SST

Ingeniería & Proyectos	ACTA DE REUNIÓN VIGÍA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG-SST - 7 – 1 V02 Creado: 16 – 03 – 2017 Actualizado: 07 – 09 – 2019

Fecha	25 –10– 2020
Numero de acta	06
Hora de inicio	3: 00 pm
Hora finalización	05: 00 pm

ORDEN DE LA REUNIÓN

Verificación del quórum. (Se debe realizar la reunión entre el vigía de SST, el líder del SG-SST y el representante legal de la empresa)	**Cumple ___X___**	**No cumple _____**
Lectura del acta anterior (Se deben revisar los temas planteados en el acta anterior con el fin de realizar seguimiento).	**Cumple ___X____**	**No cumple _____**

Ingeniería & Proyectos	ACTA DE REUNIÓN VIGÍA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG-SST - 7 – 1 V02 Creado: 16 – 03 – 2017 Actualizado: 07 – 09 – 2019

DESARROLLO DE TEMAS DEL SG-SST

Accidentalidad: Durante lo corrido del mes de no se presenta ningún tipo de evento de origen laboral que haya sido reportado a la ARL, las curvas de tendencia de la accidentalidad se mantienen en 0%,

Para lo corrido del mes de octubre se inician los frentes de obra de semaforización, por ende se continua con la implementación del protocolo de bioseguridad, de acuerdo con el reporte remitido por la obra se instalan lavamanos portátiles en KRA 73 CALLE 26 SUR, KRA 54D CLL 183, KRA 92 CALLE 158, AV BOYACA CALLE 60C SUR, con el firme propósito de minimizar la posibilidad de contagio del Covid-19.

Se realiza seguimiento a los compromisos del mes de agosto, para el mes de octubre se hace la respectiva entrega al personal de los respectivos termómetros digitales, quedando como evidencia registro fotográfico y formato de entrega de dotación y epp.

En la oficina se está implementando el protocolo a cabalidad.

Por parte de la gestión del vigía se realiza inspección de extintores y se verifican las inspecciones realizadas en obra.

PLANTEAMIENTO DE PROPUESTAS POR PARTE DE LOS TRABAJADORES

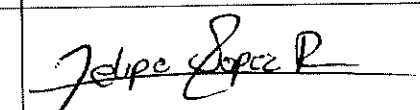
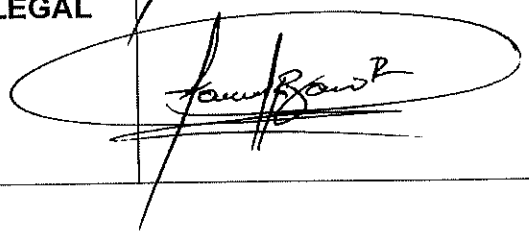
NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	TEMA PROPUESTO

ACR Ingeniería & Proyectos	ACTA DE REUNIÓN VIGÍA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG-SST - 7 – 1 V02 Creado: 16 – 03 – 2017 Actualizado: 07 – 09 – 2019

COMPROMISOS

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar seguimiento de implementación de protocolos de bioseguridad en los frentes de obra y oficina.	Profesional SST	30/11/2020
Realizar seguimiento de inspecciones	Vigía SST y Profesional SST	30/11/2020

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
DIEGO FELIPE LOPEZ	VIGIA SST	
CAMILO ROSARIO	REPRESENTANTE LEGAL	

	PROGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD	Código:F.O SST-26
Ingeniería & Proyectos	FORMATO INSPECCION EXTINTORES	Versión: 01
		Fecha: 13/02/18

SEDE: Oficina | RESPONSABLE: Diego Felipe Baez R | FECHA: 15/10/20.

No	No. De EXTINTOR	TIPO DE CARGA	TIPO DE EXTINTOR	FECHA DE RECARGA	UBICACIÓN	PRUEBA HIDROSTATICA	PRESIÓN		SELLO GARANTIA		MANOMETRO		CILINDRO		MANIJA		MANGUERA		PINTURA		SEÑALIZACIÓN		DEMARCACIÓN	
							B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	1	10lb	CO2	Feb 2020	Pasillo Salida Urgencias	OK	✓		✓		NA		✓		✓		✓		✓		✓			
2	2	10lb	CO2	Feb 2020	Salida Cafetería Piso 1	OK	✓		✓		NA		✓		✓		✓		✓		✓			
3	3	10lb	CO2	Feb 2020	Cocina Piso 1	OK	✓		✓		NA		✓		✓		✓		✓		✓			
4	4	10lb	CO2	Feb 2020	Ingreso Asc. 1	OK	✓		✓		NA		✓		✓		✓		✓		✓			
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

OBSERVACIONES:

ANEXO 9. CAPACITACION

Ingeniería & Proyectos	CRONOGRAMA CHARLAS EN OBRA	SG-SST 09 - 1 V 02
		Creado: 16 - 06 - 2020

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN AC2R INGENIERÍA Y PROYECTOS SAS

TEMA	RESPONSABLE	DOCUMENTO A VERIFICAR	RECURSOS			SEMANAL																													
						JUN		JUL		AGOS		SEPT		OCT		NOV		DIC		ENE		FEB		MAR		ABR		MAY	
			H	F	T	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
DESCRIPCION CAPACITACIÓN																																			
Inducción de SSTMA a los trabajadores que laboran para el proyecto.	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1	1																						1	
Divulgación de políticas , responsabilidades del SG-SST	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1	1																						1	
Sistema de seguridad social en Colombia	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1	1																						1	
Peligros locativos, mecánicos y biomecanicos	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1		1	1																					
Actos inseguros y condiciones inseguras	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1		1	1																					
Almacenamiento de RCD excavación y demolición en el sitio de trabajo	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1		1	1																					
Cambio climatico	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1				1																				
El ruido y vibraciones	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1				1																				
Reglamento de higiene y seguridad	Profesional SST	Registro asistencia,	X	X	X	1		1		1		1				1																				
Seguridad vial - prevención de accidentes	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1						1																		
Calentamiento global	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1						1																		
Investigación de accidentes	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1						1																		
Prevención de enfermedades intestinales	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1								1																
Peligros mecánicos - Manejo de herramientas manuales	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1								1																
Recursos renovables y no renovables	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1								1																
Beneficios de EPS, ARL, AFP, Cajas de compensación Familiar	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1										1														
Separación de residuos y reciclaje	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1										1														
Hojas de datos de seguridad de las sustancias químicas	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1										1														
Identificación de peligros y riesgos de la actividad	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1												1												
Agua potable en Colombia	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1												1												
Trabajo en equipo	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1														1										
Gestión de los RCD generados durante el proyecto	Profesional SST	Registro asistencia, registro fotografico	X	X	X	1		1		1		1														1										

MES	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS	32	29	31	22	3	3	3	3	3	2	2	3
TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	0%	0%	0%	14%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	07 octubre	**LUGAR:**	Cra 73 x ac 265 ur
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Stella pineda	**DOCUMENTO ID**	1026260974

ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**
Capacitación		Uso eficiente y ahorro del agua
Capacitación		manejo de materiales de construccion
Capacitación		
Capacitación		
Otra		

OBJETIVO:

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Jhon Rafael Diaz Mercado	1024509395	oficial		
2	Jose Angel chavez	85 241 0219	Ayudante	Jose Angel	
3	Douglas. León	21307158	Ayudante	douglas.	
4	Estiverson olivos Pérez	91536033	OF		
5	Adria Useche Lozano	8003250	Maestro		
6	Robert Antonio Chacin	1007045877	Auxiliar		
7	Richar dean Martinez	1043849111	ayudante	richar dean	
8	Wilson Eduardo. ortego	1043842534	Oficial		
9	Jhonmark Roberto Fernandez	1.014279583	ayudante		
10	JHON JAIRO MENDOZA	1082748058	ayudante	JHON JAIRO	

Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	14-Octubre 2020	**LUGAR:**	kra 73 x Calle 26 Sur		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Carolina Serna			**DOCUMENTO ID**	1024207278

ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**
Capacitación		Peligros locativos, mecánicos y biomecánicos
Capacitación		
Capacitación		
Capacitación		
Otra		

OBJETIVO:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Juan Rafael Diaz Mercado	1.021509295	oficial		
2	Jose Angel chavez	852+10219	Ayudant	Jose Angel	
3	Douglas. León	21307156.	Ayudante.	Douglas.	
4	Edwarroon olivaros Ruiz	91536053	ofi		
5	Adrian Yseela Lozano	80032500	Maestro		
6	Robert Antonio Quiroz	1007045877	Auxiliar		
7	Ricardo dean Martinez	1043849111	ayudante	Ricardo dean	
8	Yhon Valencia ortega	1043942534	ayudante		
9	Omar Rabe F.	1014779583	ayudante		
10	Jesus wilfredo vasquez v	1098244058	ayudante	Jesus	

Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	27 Octubre	**LUGAR:**	Calle 183 x kr 54 D.		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Carolina Serna			**DOCUMENTO ID**	1012420278

ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**
Capacitación		Actos y condiciones inseguras
Capacitación		
Capacitación		
Capacitación		
Otra		

OBJETIVO:

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Juan Rafael Diaz Mercado	1024509395	ofic pal		
2	Jose Angel Chaverra	85211214	ayudante	Jose Angel	
3	Douglas León	21307158	Ayudante	Douglas	
4	Etherson Olivares Ríos	91536037	of		
5	Adrian Useche Lozano	80032500	Maestro		
6	Robert A. Chinchilla	1007045877	Auxiliar		
7	Richar deaw martinez	1043849111	ayudante	Richar deaw	
8	Yeison Holguin Cardona	1043842534	ayudante		
9	Omar Lobeto F	1014779583	A y		
10	Jesus Disputa Urango	1082248258	ay	JESUS HH	

ACSR Ingeniería & Proyectos	**REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES**	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:		**LUGAR:**	
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Estella Poveda	**DOCUMENTO ID**	1026260974

ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**
Capacitación		- Almacenamiento de RCD excavación y Demolición
Capacitación		en el sitio de trabajo
Capacitación		Gestión de ocupación del espacio público
Capacitación		
Otra		

OBJETIVO:

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Juan Rafael Diaz Mercado	1024569395	oficial		
2	Jose Angel Chavez	85211049	Ayudant	Jose Angel	
3	Douglas. León	21307158	Ayudante	Douglas.	
4	Estiuvis Jose Olivenos Reyes	91536053	of		
5	Adrian Useche Lozano	8003200	Maestro		
6	Robert A. Ramos	1007045777	Ayudan		
7	Ricardo deAn Martinez	1043849111	ayudante	Ricardo deAn	
8	Yeison Adames Ortega	1043842534	Ayudante		
9	Omar. Rabelo t.	1014779583	Ayudante		
10	Jesus Alberto Arango V	1067745855	ayudante		

EN CASO DE SISMO

SI CON SU FAMILIA SE QUIERE PREPARAR
ESTA RUTA DEBERÁ PRACTICAR



Debemos tener en cuenta que un sismo puede producir efectos adicionales más peligrosos que el mismo sismo, por eso verifiquemos si hay posibilidad de efectos como: deslizamientos, hundimiento de estructuras, explosiones, entre otros también identifiquemos personas que puedan requerir ayuda especial en caso de emergencia.



Yo verifico la sismo resistencia y estado de nuestra vivienda, identificando daños (tuberías, cableado, techos) y con mi familia hacemos un plan para repararlos. Ya sabemos cuales son los sitios seguros en nuestra casa: columnas y sitios alejados de objetos que puedan caer o romperse.

En nuestra casa ya tenemos un maletín para emergencias con los siguientes elementos básicos:



- Lápiz y papel
- Radio con pilas
- Silbato
- Linterna
- Ropa de cambio completa
- Elementos de aseo personal
- Copia de documentos personales e importantes
- Plato, vaso y cuchara
- Botiquín personal
- Agua
- Alimentos no perecederos
- Navaja
- Bolsas plásticas
- Fósforos
- Medicamentos formulados

Todos elaboramos nuestro plan familiar y con los vecinos concertamos el plan comunitario para emergencias. Conocemos las rutas de evacuación dentro y fuera de nuestras casas y los punt e encuentro en nuestro territorio.

En nuestro hogar ya aseguramos todo lo que pueda caer o romperse y lastimarnos durante un sismo. También revisamos que escaleras y pasillos no tengan obstáculos.





¡PROTÉJASE!

Pida a sus familiares, vecinos y amigos que se protejan en caso de sismo. Si cuando ocurre un sismo no se encuentra en su casa, busque un lugar seguro y aléjese de ventanas, postes, árboles y cables de energía.

EVALÚE Y ACTÚE

Luego del sismo

- Verifique su condición física, la de su familia y personas cercanas, si puede, ayude a las personas que lo requieran.
- Revise su vivienda en busca de daño estructural grave, como: grietas en paredes, columnas y placas de techo, estructura inclinada, grietas externas en el suelo.
- Manténgase informado a través de la radio acerca del estado de su región, daños e instrucciones impartidas por las autoridades.

RECUPÉRESE

- Si hubo daños en su vivienda, no retorne hasta q las autoridades indiquen que es seguro hacerlo.
- Las autoridades pueden indicar la nece instalar alojamientos temporales cuando ha habi destrucción de viviendas. Siga atentamente indicaciones y colabore con estos procesos.
- Contribuya a la recuperación de su comunidad coopere con las acciones que los organismos socorro desarrollen.

	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES	SG-SST – 11 V02
		Creado: 28 - 04 - 2017
		Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	22/10/2020	LUGAR:	Tra 73 calle 26		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		Carolina Serna. Herrera		DOCUMENTO ID	1012420278

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Capacitación		Simulacro de autoprotección
Capacitación		
Capacitación		
Capacitación		
Otra		

OBJETIVO: Dar a conocer los lineamientos y pasos a seguir en caso de emergencia, en el escenario de SISMO, zonas seguras, entre otras

N°	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Edixon Gabriel Alvarez Zambrano	1.042.467.682	Ayudante		
2	Richar dean Martinez	1043849111	ayudante	richardeal	
3	Estiveson olivos Pérez	91536053	OF		
4	Hugo oviedo	98653647	AYUDANTE	HUGO OVIEDO	
5	Jesus Alberto vanegas jimenez	1c9c244c58	ayudante	Jesus	
6	Jader Perez	1003777836	ayudante	Jader P.	
7	Victor [illegible]	1096550962	OF	victor	
8	Cristian Valencia Ortega	1043842534	Oficial		
9	José Angel Olivero Cantillo	85 271 049	Auxiliar	Jose Angel	
10	[illegible]	104780[illegible]	[illegible]		

	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACITACIONES	SG-SST – 11 V02 Creado: 28 - 04 - 2017 Act: 04 - 04 - 2019

FECHA:	22/10/2020	**LUGAR:**	Kra 73 calle 26 Sur.
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Carolina Serna Herrera	**DOCUMENTO ID**	

ACTIVIDAD REALIZADA		**TEMAS TRATADOS**
Capacitación		
Capacitación		
Capacitación		
Capacitación		
Otra		Dar a conocer los lineamientos y pasos a seguir en caso de emergencia, en el escenario de sismo, zonas seguras ante ellos.

OBJETIVO:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	ID	CARGO	FIRMA	HH
1	Alexa Vecilla	800325	Manzana		
2	Douglas León	21307158.	Ayudante	Douglas	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Fredy Jhon Valencia			Fecha	21/oct/20
Cargo que desempeña	Ayudante			Documento ID	
Proyecto o área de trabajo	Semaforización			Empresa contratista	Gyg
ARL	Sura	EPS	Salud Total	Fondo de pensiones	Porvenir

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Fractura
Golpes
caidas

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra

b) Manipular herramienta en mal estado

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

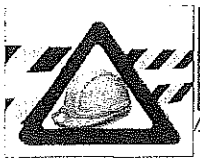
a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Día soleado o día lluvioso

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Politica i seguridad en el Trabajo



Politica de no fumar

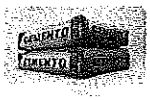


no consumo de sustancias

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruidos



Químicos



Biomecanismos



Altura



Electrica



Somos

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Rishar Martinez			Fecha	02 Octubre
Cargo que desempeña	Ayudante			Documento ID	
Proyecto o área de trabajo	Bmagorita			Empresa contratista	G y G
ARL	Sura	EPS	Salud Total	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

X b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Menclone cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

X b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

X a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Cortada,

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

X b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

X a) No usar los EPP que la empresa me suministra

X b) Manipular herramienta en mal estado

X c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

X d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

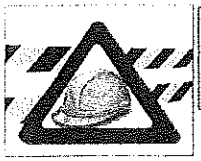
X a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Dia soleado o dia lluvioso

X c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

X d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Politica de SST



No Fumar

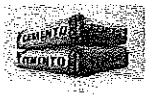


No Alcohol y drogas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Quimico



Cargas



Alturas



Salida



Sismo

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Roberto Quiroz	Fecha	
Cargo que desempeña	Ayudante	Documento ID	
Proyecto o área de trabajo	Demarcaciones	Empresa contratista	AyG
ARL Sura	EPS Famisanar	Fondo de pensiones	Protección

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Fractura
Machucones
Ruidos

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) X No usar los EPP que la empresa me suministra

b) Manipular herramienta en mal estado

c) X Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

d) X Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

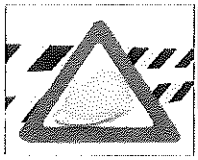
a) X Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Día soleado o día lluvioso

c) X Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

d) X Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la política de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Política de seguridad del trabajo



No fumadores



No consumo de sustancias psicoactivas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Humedad



Mecanicos



Trabajo en alturas



Riesgo electrico



Amenaza Naturales

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

b) Cumplir las políticas de la empresa

c) Participar en actividades de capacitación

d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Palustre, Pala, Pica, Carro, Nivel

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Protección cabeza



Gafas



Gafas



Respiratorias



Manos



Pies



Arnes de Seguridad para alturas.

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.		Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador

Nombre del capacitador Cardina Serna

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Luis Hurtado			Fecha	01/10/2020
Cargo que desempeña	Chofer			Documento ID	
Proyecto o área de trabajo	Semaforización			Empresa contratista	
ARL		EPS		Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo X

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería X

c) Venta y comercialización de artículos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte X

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto Cortadas
Descarga electrica
Caidas

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. X

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra X

b) Manipular herramienta en mal estado X

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas X

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal X

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

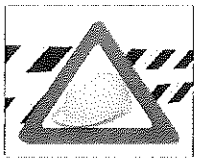
a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso X

b) Día soleado o día lluvioso X

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad X

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro X

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la política de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Prevención de accidentes Laborales



Prohibido Fumar



No consumer Sustancias ilicitas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Quimico



Biomecanica



Trabajo en Altura



Riesgo Electrico



Amenazas Naturales

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió X

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema X

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra X

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud X

b) Cumplir las políticas de la empresa X

c) Participar en actividades de capacitación X

d) Cuidar mi seguridad y mi salud. X

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo X

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST X

C) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST X

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Palas

Pica

Porro

Palustre

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Cabeza



Vista



oídos



Nariz



Manos



Pies



Trabajo en altura

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	No	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador _____

Nombre del capacitador _____

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST - 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Fabian Mauro Chaux Quintero			Fecha	01/10/2020
Cargo que desempeña	Bodeguero			Documento ID	1126123418
Proyecto o área de trabajo	Semaforización			Empresa contratista	
ARL	Bolivar	EPS	Salud Total	Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo X

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras servicios de ingeniería X

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte X

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto Caidas
Cortadas
Descarga electrica

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patologia contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. X

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra X

b) Manipular herramienta en mal estado X

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas X

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal X

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

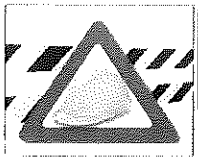
a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso X

b) Día soleado o día lluvioso X

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad X

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro X

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Prevenir accidentes laborales



No Fumar

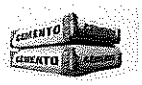


No consumir Sustancias ilicitas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Quimico



Biomecanico



Trabajo en alturas



Riesgo Electrico



Amenazas naturales

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió X

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema X

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra X

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud X

b) Cumplir las politicas de la empresa X

c) Participar en actividades de capacitación X

d) Cuidar mi seguridad y mi salud. X

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo X

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST X

C) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST X

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Pala

Pica

Porro

Palustre

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



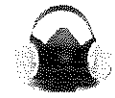
Cabeza



ojo



oido



oido



Manos



Pies



Trabajo en altura.

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	no	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador Fabián Chacón

Nombre del capacitador

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
Ingeniería & Proyectos		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Edicson Gabriel Alvarez Zambrano			Fecha	15/09/20
Cargo que desempeña	Ayudante			Documento ID	1042.467682
Proyecto o área de trabajo	Señalización			Empresa contratista	
ARL	Sura	EPS		Fondo de pensiones	

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo X

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería X

c) Venta y comercialización de articulos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo X

a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto Golpes

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

b) Es una patología contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. X

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

a) No usar los EPP que la empresa me suministra X

b) Manipular herramienta en mal estado X

c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas X

d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal X

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

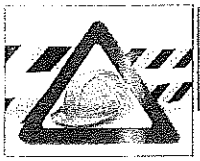
a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso X

b) Día soleado o día lluvioso X

c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad X

d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro X

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la politica de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Politica de seguridad del trabajo



No fumadores

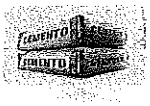


No consumo de sustancia

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Quimico



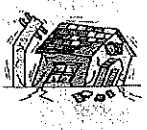
Biomecanica



Trabajo en altura



Electrico



Amenaza natural

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió X

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema X

b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra X

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud X

b) Cumplir las políticas de la empresa X

c) Participar en actividades de capacitación X

d) Cuidar mi seguridad y mi salud. X

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo X

b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST X

C) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST X

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Pala
Pica
Pono
Palustre

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.


Cabeza


Vista


oido


Nariz


manos


Pies


Trabajo en altura

Calificación:	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	10	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.		

Firma del colaborador Eduardo

Nombre del capacitador

	FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - RE INDUCCIÓN DEL SG-SST	SG-SST – 12 - 1 V02
		2/05/2017

Nombre y apellido del colaborador:	Gustavo Sanchez			Fecha	
Cargo que desempeña	Rep legal 6 y 6			Documento ID	
Proyecto o área de trabajo	Semaforizacion			Empresa contratista	
ARL	Sura	EPS	Compensar	Fondo de pensiones	Porvenir

De acuerdo a la inducción realizada por su empresa, marque la respuesta correcta:

1. Que significan las siglas SG-SST

a) Sistemas de gestión de soporte social y de trabajo

X b) Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

c) Ninguna de las anteriores

2. Mencione cúal es la actividad economica de la empresa

a) Presta servicios de mensajería a nivel nacional e internacional

X b) Contrucción de edificaciones, adecuaciones, mantenimiento de obras, servicios de ingeniería

c) Venta y comercialización de artículos al por mayor y al detal

3. Qué es accidente de trabajo

X a) Todo suceso repentino que sobrevenga con causa u ocasión del trabajo y que desencadene en el trabajador una lesión o muerte

b) Toda lesión que me ocurra fuera de las instalaciones del trabajo o empresa

c) Toda enfermedad que me suceda como consecuencia del trabajo

4. De acuerdo a su experiencia, escriba al menos tres accidentes de trabajo le pueden ocurrir en este proyecto

Caida.

Heridas

5. Que es enfermedad laboral

a) Cualquier virus que se encuentre en el ambiente de trabajo

X b) Es una patologia contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

c) Cuando me encuentro laborando y siento dolor de cabeza

6. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es un ACTO INSEGURO

X a) No usar los EPP que la empresa me suministra

X b) Manipular herramienta en mal estado

X c) Trabajar en alturas sin la adecuada protección contra caidas

X d) Manipular circuitos energizados sin la respectiva protección personal

7. De los siguientes ejemplos, marque con una X cúal considera que es una CONDICIÓN INSEGURA

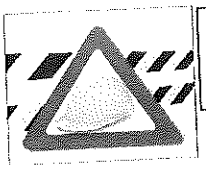
X a) Andamio en mal estado, sin los soportes ni escaleras de acceso

b) Día soleado o día lluvioso

X c) Equipo o herramienta sin guarda de seguridad

X d) Zonas de tolerancia con potencial de robos, atracos, secuestro

8. De acuerdo al gráfico, mencione en qué consiste la política de AC2R INGENIRÍA Y PROYECTOS S.A.S



Politica SST



No fumar



No consumir Drogas

9. De acuerdo a la imagen, mencione el peligro al cúal se encuentra expuesto en su sitio de trabajo.



Ruido



Ruido



Carga pesada



Alturas



Caidas



Fenomeno Natural

10. Cuando me suceda un accidente de trabajo, debo hacer:

(a) Aviso inmediatamente a mi jefe inmediato sobre lo que me sucedió

b) Me quedo callado, no informo nada y me aguanto el dolor

c) Me voy a la EPS para que el médico me examine

11. Si veo que un compañero está realizando un acto inseguro, que hago:

a) No le digo nada, pues no es mi problema

(b) Le digo a mi jefe inmediato o ingeniero de obra

c) Le digo a mi compañero de una forma respetuosa, la forma segura de realizar la actividad.

12. Mis responsabilidades como colaborador frente a la seguridad y salud en el trabajo son:

(a) Suministrar información clara sobre mi estado de salud

(b) Cumplir las políticas de la empresa

(c) Participar en actividades de capacitación

(d) Cuidar mi seguridad y mi salud.

13. Las responsabilidades de mi empleador son:

(a) Asignar recursos para la seguridad y salud en el trabajo

(b) Cumplir los requisitos normativos en materia de SST

(c) Asignar y documentar las responsabilidades frente al SG-SST

14. Mencione al menos 5 herramientas que utilice en el trabajo

Computador

Telefono

Impresora.

Flexometro

15. De acuerdo a la imagen, escriba para que le sirve cada EPP.



Casco



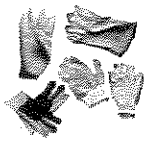
Gafas



Tapaoidos



Protección Respiratoria



Guantes manga



Botas. Pies



Arnes. Altura.

Calificación: 15/15	Si el Colaborador tiene 6 respuestas incorrectas, deberá repetir la evaluación, pero si el colaborador tiene menos de 5 respuestas incorrectas, se realizará una retroalimentación verbal.	
Respuestas correctas.	15	Retroalimentación sobre:
Respuestas incorrectas.	0	

Firma del colaborador Gustavo Sanchez

Nombre del capacitador Carolina Serna.

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso - Plan de Capacitación
DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Indicador que evalua el Proceso del SG SST en cuanto al Cumplimiento del Plan de Capacitación
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☑ RESULTADO ☐
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Este indicador se medira anualmente

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

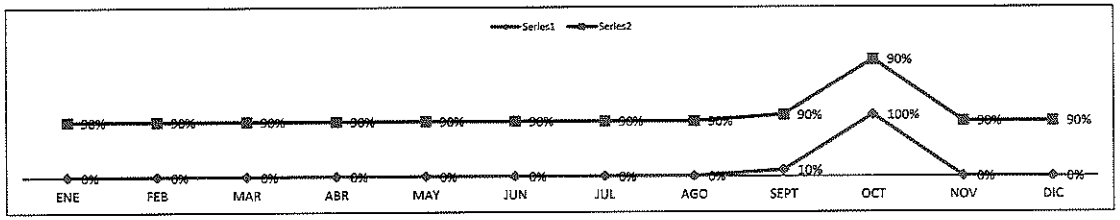
FUENTE DE LA INFORMACIÓN PARA EL CÁLCULO	METODO DE CALCULO	META O VALOR DEL INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN
Cronograma de capacitación	(Numero de Capacitaciones Ejecutadas / Numero de Capacitaciones Programadas)*100	90%	Mensual	Representante del SGSST

MEDICION DE INDICADOR

PERIODO DE ANÁLISIS 2020

VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ANALISIS DE DATOS
Numero de Capacitaciones Ejecutadas									3	3			
Numero de Capacitaciones Programadas									30	3			
VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
VALOR REAL	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	100%	0%	0%	
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	

GRAFICA



CARGOS QUE DEBEN CONOCER LOS RESULTADOS : ALTA DIRECCIÓN : Gerencia General y COPASST

PLANES DE ACCION INMEDIATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado Indice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo
DEFINICION DEL INDICADOR	Indicador que evaluan el Proceso y Resultado del SG SST en cuanto a la frecuencia de ocurrencia de accidentes de trabajo
INTERPRETACION DEL INDICADOR	El indicador así calculado se interpreta como el número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☑ RESULTADO ☑
A QUIEN SE LE DARA A CONOCER	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICION	Este indicador se medira anualmente

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

FUENTE DE LA INFORMACION PARA EL	METODO DE CALCULO	LIMITE O META INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION
Base de datos de accidentalidad	(Numero de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes /numero de trabajadores en el mes)*100	0,05	Mensual	Representante del SGSST

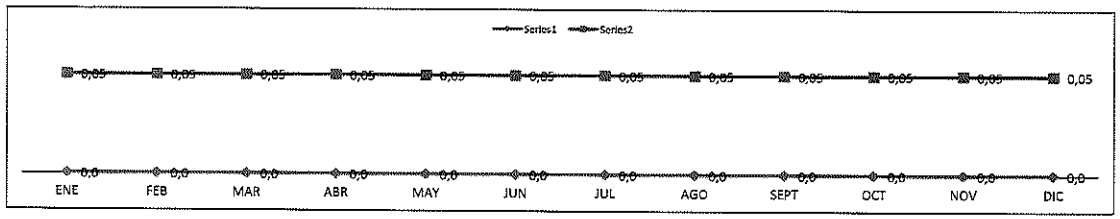
MEDICION DE INDICADOR

PERIODO DE ANALISIS 2020

VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ANALISIS DE DATOS
NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO PRESENTADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
NUMERO DE TRABAJADORES EN EL MES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
VALOR REAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
META	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

GRAFICA



ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado - Incidencia de enfermedad laboral
DEFINICION DEL INDICADOR	Numero de casos nuevos de enfermedad laboral en una poblacion determinada en un periodo de tiempo
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☐ RESULTADO ☑
ACTIVIDAD DE VIGILANCIA CONCORDE	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICION	Este indicador se medira anualmente

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

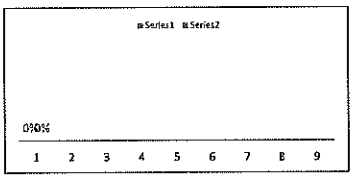
NOMBRE DEL INDICADOR	METODO DE CALCULO	TIMELO META INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	RESPONSABLE DEL ANALISIS
Indice de Accidentes y Enfermedades	(Numero de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "z" / promedio de trabajadores en el periodo "z")* 100000	0%	ANUAL	Representante del SGSST

MEDICION DE INDICADOR

PERIODO DE ANALISIS 2021

VARIABLES	ENE - DIC
(Numero de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "z" / promedio de trabajadores en el periodo "z")* 100000	0
VALOR REAL	0%
META	0%

GRAFICA



ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

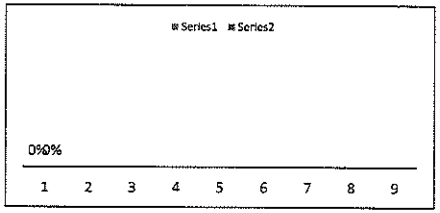
SEGUNDO SEMESTRE

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado - Prevalencia de la enfermedad laboral						
DEFINICION DEL INDICADOR	Numero de casos de enfermedad laboral presentes en una poblacion en un periodo de tiempo						
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA	☐	PROCESO	☐	RESULTADO	☑	
A QUIEN SE LE DARA A CONOCER	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.						
FRECUENCIA DE MEDICION	Este indicador se medira anualmente						

SEGUIMIENTO Y MONITOREO				
FUENTE DE LA INFORMACION PARA EL	METODO DE CALCULO	LIMITE O META INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION
Indice de Accidentes y Enfermedades	(Numero de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "z" / promedio de trabajadores en el periodo "z")* 100000	0%	Semestral	Representante del SGSST

MEDICION DE INDICADOR	
PERIODO DE ANALISIS "AÑO"	
VARIABLES	ENE - DIC
(Numero de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "z" / promedio de trabajadores en el periodo "z")* 100000	0
VALOR REAL	0%
META	0%

GRAFICA



ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado Indice de Mortalidad de Accidentes de Trabajo
DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Indicador que evaluan el Proceso y Resultado del SG SST en cuanto al Número de accidentes mortales ocurridos en el año
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	El indicador así calculado se interpreta como el número de AT mortales en el año
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☑ RESULTADO ☑
AQUIENES SERÁ APLICADO	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Este indicador se medira anualmente

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

INTERPRETACIÓN VALOR DEL INDICADOR	METODO DE CALCULO	LIMITE O META INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN
Base de datos de accidentalidad	(Numero de accidentes motales que se presentaron en el año / total de accidentes presentados en el año) *100	0,00	Anual	Representante del SGSST

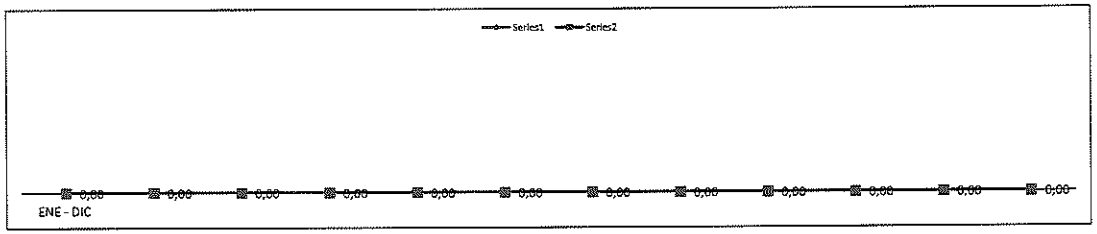
MEDICIÓN DEL INDICADOR

PERIODO DE ANALISIS 2021

VARIABLES	ENE - DIC
total de accidentes presentados en el año	0
Numero de accidentes mortales que se presentaron en el año	0

VARIABLES	ENE - DIC
VALOR REAL	0,0
META	0,00

GRAFICA



ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

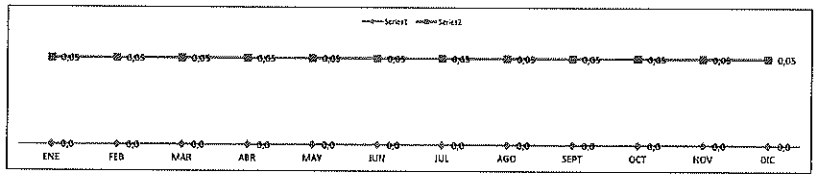
NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado Indice de Severidad de Accidentes de Trabajo
OBJETIVO DEL INDICADOR	Indicador que evaluan el Proceso y Resultado del SG SST en cuanto a la severidad de los accidentes de trabajo ocurridos
DESCRIPCION DEL INDICADOR	El indicador así calculado se interpreta como el número de días perdidos o cargados por accidentes de trabajo en el mes
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☒ RESULTADO ☒
RESPONSABLE DE LA EVALUACION	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICION	Este indicador se medira anualmente

RESULTADO ESPERADO				
FUENTE DE DATOS	METODO DE CALCULO	META DEL INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	PASOS RESPONSABLE DEL CALCULO
Base de datos de accidentalidad	(Numero de dias de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + numero de dias cargados en el mes / numero de trabajadores en el mes) *100	0,05	Mensual	Representante del SGSST

MEDICION DE INDICADOR
PERIODO DE ANALISIS 2021

VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
numero de trabajadores en el mes	5	5	5	5	5	5	5	5	17	44		
Número de dias perdidos de incapacidad por accidente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
VALOR REAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
META	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

ANALISIS



ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

NOMBRE DEL INDICADOR	Indicador de Proceso y Resultado - Ausentismo por causa medica
DEFINICION DEL INDICADOR	Ausentismo es la no asistencia al trabajo por incapacidad medica
TIPO DE INDICADOR	ESTRUCTURA ☐ PROCESO ☐ RESULTADO ☑
A QUIEN SE LE DARA A CONOCER	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia general y Trabajadores.
FRECUENCIA DE MEDICION	Este indicador se medira Mensual

SEGUIMIENTO Y MONITOREO

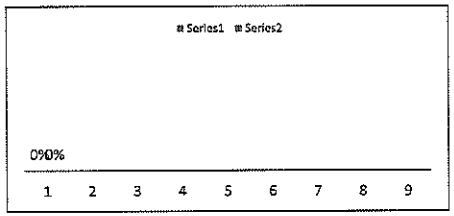
NOMBRE DEL INDICADOR	METODOLOGIA CALCULO	LIMITE O META INDICADOR	PERIODICIDAD REPORTE	CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION
Indice de Accidentes y Enfermedades	(Numero de dias de ausencia por incapacidad laboral o comun en el mes / numero de dias de trabajo programdos en el mes) * 100	0%	MENSUAL	Representante del SGSST

MEDICION DE INDICADOR

PERIODO DE ANALISIS 2022

VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
(Numero de dias de ausencia por incapacidad laboral o comun en el mes / numero de dias de trabajo programdos en el mes) * 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
									25	44		
VALOR REAL	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
META	80%											

GRAFICA



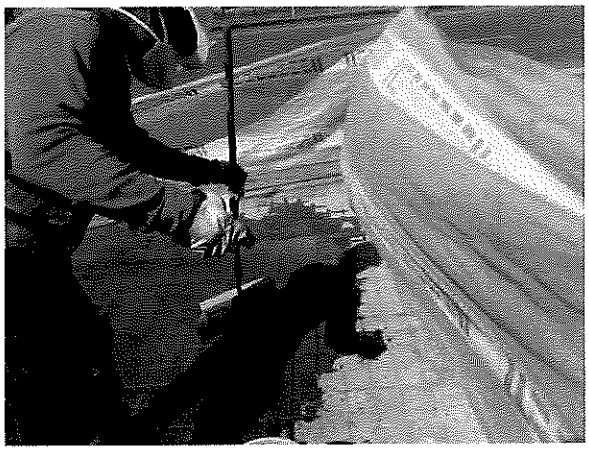
ANALISIS DE DATOS

PRIMER SEMESTRE

SEGUNDO SEMESTRE

ANEXO 10. DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA SE ENCUENTRA ADJUNTA AL NUMERAL 7 DEL PRESENTE INFORME

ANEXO 11. REGISTRO FOTOGRAFICO



FOTOGRAFÍA No.	01
FECHA	10/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavado y desinfección de intersección	



FOTOGRAFÍA No.	02
FECHA	10/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavado y desinfección de intersección	



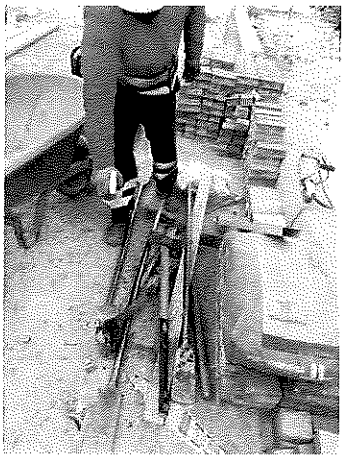
FOTOGRAFÍA No.	03
FECHA	10/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavamanos	



FOTOGRAFÍA No.	04
FECHA	10/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Desinfección de herramienta	



FOTOGRAFÍA No.	05
FECHA	15/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavamanos	



FOTOGRAFÍA No.	06
FECHA	15/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Desinfección de herramientas	

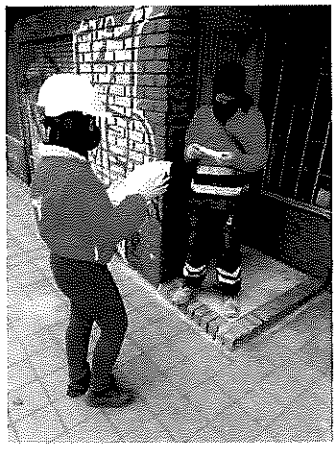


FOTOGRAFÍA No.	07
FECHA	17/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Desinfección de herramienta	



FOTOGRAFÍA No.	08
FECHA	17/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavado de manos	

			
FOTOGRAFÍA No.	09	**FOTOGRAFÍA No.**	10
FECHA	20/10/2020	**FECHA**	20/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR	**LUGAR**	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Desinfección de herramienta		**Lavado de manos**	

			
FOTOGRAFÍA No.	09	**FOTOGRAFÍA No.**	10
FECHA	17/10/2020	**FECHA**	17/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR	**LUGAR**	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Registro de temperatura		**Entrega de termómetros**	



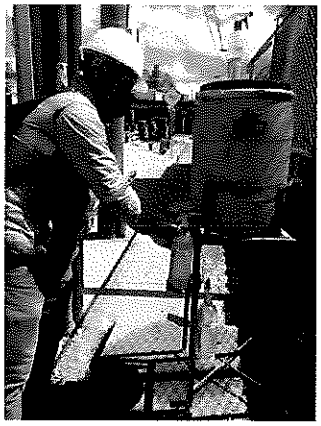
FOTOGRAFÍA No.	11
FECHA	24/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Desinfección de herramienta	



FOTOGRAFÍA No.	12
FECHA	24/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavado de manos	

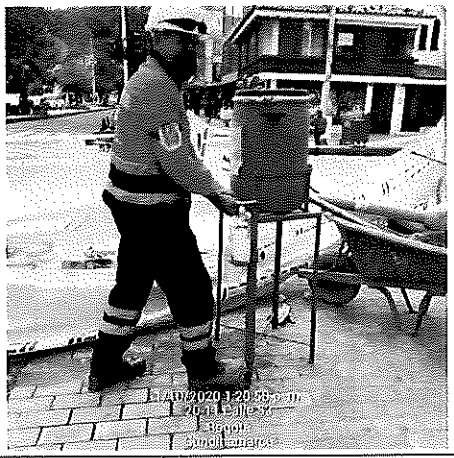


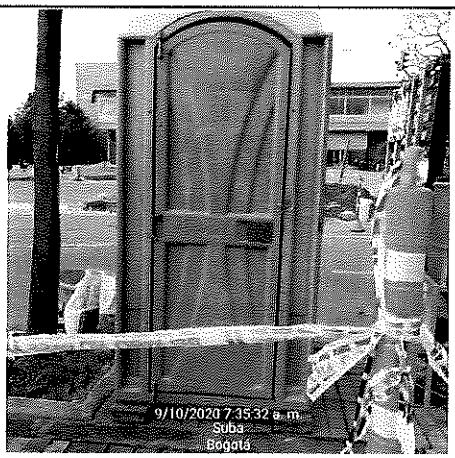
FOTOGRAFÍA No.	13
FECHA	26/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Desinfección de herramienta	



FOTOGRAFÍA No.	14
FECHA	26/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES	
Lavado de manos	

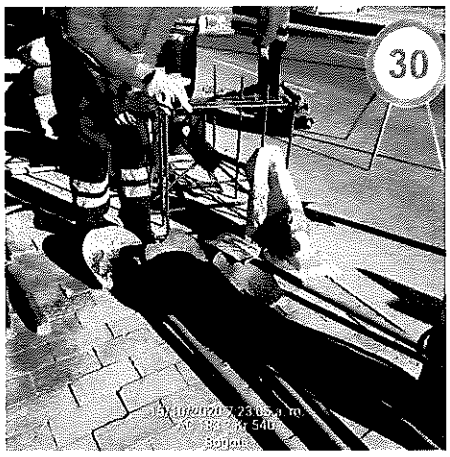
			
FOTOGRAFÍA No.	15	**FOTOGRAFÍA No.**	16
FECHA	29/10/2020	**FECHA**	29/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR	**LUGAR**	KRA 73 con CALLE 26 SUR
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Desinfección de herramienta		**Lavado de manos**	

			
FOTOGRAFÍA No.	17	**FOTOGRAFÍA No.**	18
FECHA	01/10/2020	**FECHA**	09/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Lavado de manos		Lavado de manos	

			
FOTOGRAFÍA No.	19	**FOTOGRAFÍA No.**	20
FECHA	09/10/2020	**FECHA**	13/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Servicio sanitario		Lavado de manos	

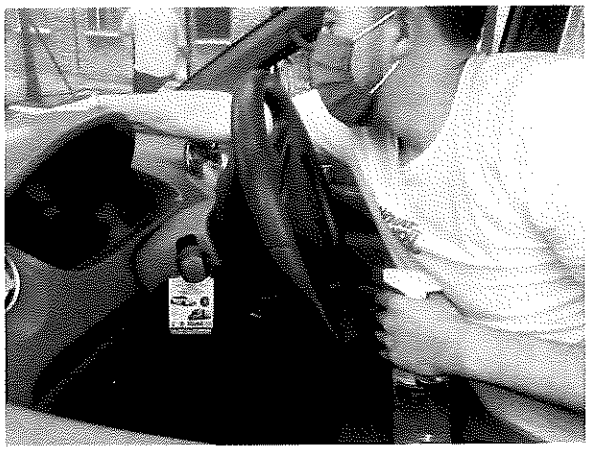
			
FOTOGRAFÍA No.	21	**FOTOGRAFÍA No.**	22
FECHA	13/10/2020	**FECHA**	13/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Servicio sanitario		Servicio sanitario	

			
FOTOGRAFÍA No.	23	**FOTOGRAFÍA No.**	24
FECHA	15/10/2020	**FECHA**	15/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Desinfección de intersección		**Desinfección de herramienta**	

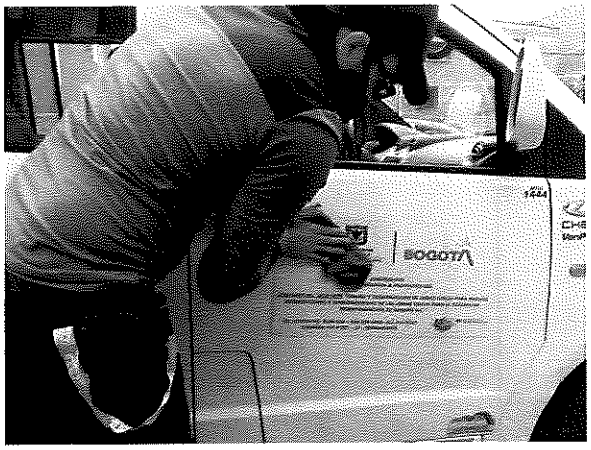
			
FOTOGRAFÍA No.	25	**FOTOGRAFÍA No.**	26
FECHA	15/10/2020	**FECHA**	15/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Desinfección de herramienta		Lavado de manos	

			
FOTOGRAFÍA No.	27	**FOTOGRAFÍA No.**	28
FECHA	14/10/2020	**FECHA**	14/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Servicio sanitario		Lavado de manos	

			
FOTOGRAFÍA No.	29	**FOTOGRAFÍA No.**	30
FECHA	15/10/2020	**FECHA**	15/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	**LUGAR**	CLL 183 X KR 54D
OBSERVACIONES		**OBSERVACIONES**	
Desinfección de intersección		Desinfección de intersección	



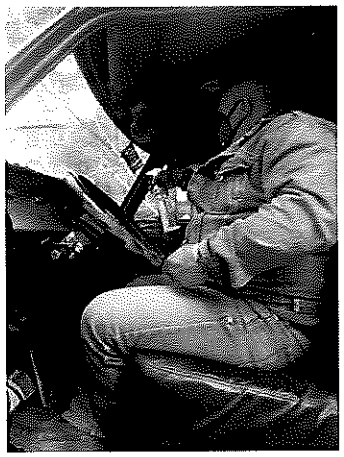
FOTOGRAFÍA No.	31
FECHA	20/10/2020
LUGAR	VEHICULO
OBSERVACIONES	
Desinfección de vehículo	



FOTOGRAFÍA No.	32
FECHA	20/10/02020
LUGAR	VEHICULO
OBSERVACIONES	
Desinfección de vehículo	



FOTOGRAFÍA No.	33
FECHA	20/10/2020
LUGAR	VEHICULO
OBSERVACIONES	



FOTOGRAFÍA No.	34
FECHA	20/10/02020
LUGAR	VEHICULO
OBSERVACIONES	

Desinfección de intersección	Desinfección de intersección



FOTOGRAFÍA No.	35
FECHA	20/10/2020
LUGAR	KRA 92 con CALLE 158
OBSERVACIONES	
Toma de temperatura	



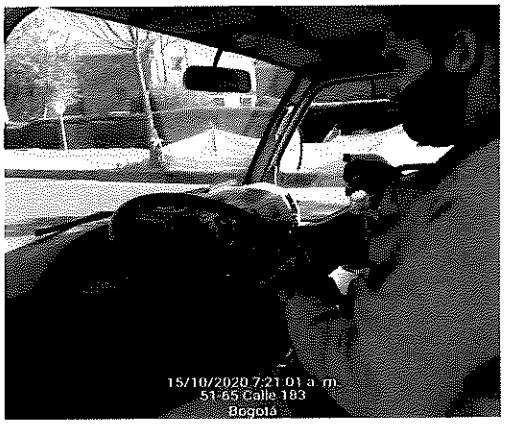
FOTOGRAFÍA No.	36
FCHA	20/10/02020
LUGAR	KRA 92 con CALLE 158
OBSERVACIONES	
Lavado de manos	



FOTOGRAFÍA No.	37
FECHA	20/10/2020
LUGAR	KRA 92 con CALLE 158
OBSERVACIONES	
Desinfección de intersección	



FOTOGRAFÍA No.	38
FCHA	20/10/02020
LUGAR	KRA 92 con CALLE 158
OBSERVACIONES	
Desinfección de Herramienta	

<table>
<tr>
<td colspan="2"> 
</td>
<td colspan="2"> 
</td>
</tr>
<tr><td>FOTOGRAFÍA No.</td><td>39</td><td>FOTOGRAFÍA No.</td><td>40</td></tr>
<tr><td>FECHA</td><td>20/10/2020</td><td>FCHA</td><td>21/10/02020</td></tr>
<tr><td>LUGAR</td><td>KRA 92 con CALLE 158</td><td>LUGAR</td><td>KRA 73 con CALLE 26 SUR</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBSERVACIONES</td><td colspan="2">OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td colspan="2">Vehículo</td><td colspan="2">Capacitación</td></tr>
</table>

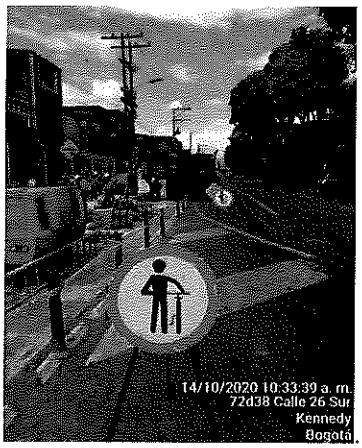
ANEXO 12. DISPOSICION DE ESCOMBROS

PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

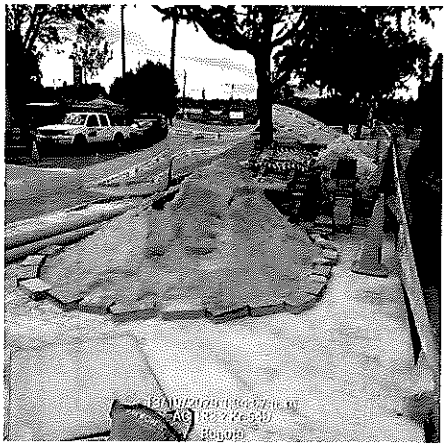
1. GESTIÓN DE OCUPACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO .

			
FOTOGRAFÍA No.	1	FOTOGRAFÍA No.	2
FECHA	09/10/2020	FECHA	13/10/2020
LUGAR	CLL 183 X KR 54D	LUGAR	CLL 183 X KR 54D
ACTIVIDAD		ACTIVIDAD	
Implementación PMT		Implementación PMT	

			
FOTOGRAFÍA No.	3	FOTOGRAFÍA No.	4
FECHA	27/10/2020	FECHA	27/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR	LUGAR	CLL 53 X KR 20
ACTIVIDAD		ACTIVIDAD	
Implementación PMT		Implementación PMT	

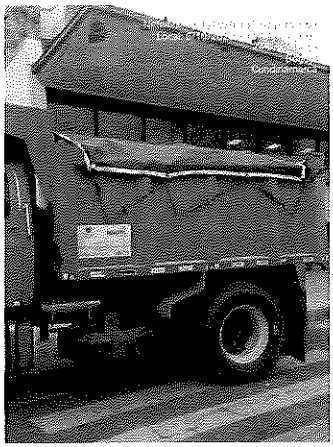
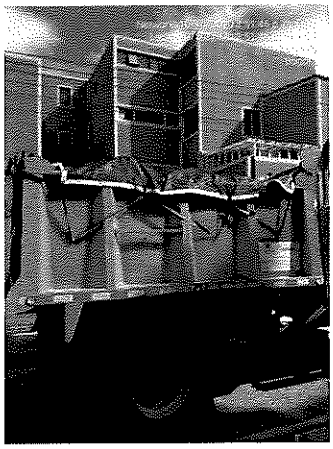
			
FOTOGRAFÍA No.	3	**FOTOGRAFÍA No.**	4
FECHA	14/10/2020	**FECHA**	01/10/2020
LUGAR	KRA 73 con CALLE 26 SUR	**LUGAR**	CLL 53 X KR 20
ACTIVIDAD		**ACTIVIDAD**	
Implementación PMT		Implementación PMT	

2. MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

			
FOTOGRAFÍA No.	9	**FOTOGRAFÍA No.**	10
FECHA	17/09/2020	**FECHA**	22/09/2020
LUGAR	CLL 53 X KR 7	**LUGAR**	CLL 53 X KR 20
ACTIVIDAD		**ACTIVIDAD**	
Barrera de contención con ladrillos para el material		Material señalizado	

3. MANEJO DE EMISIONES ATMOSFERICAS

Material particulado

			
FOTOGRAFÍA No.	11	**FOTOGRAFÍA No.**	12
FECHA	08/10/2020	**FECHA**	10/10/2020
LUGAR	**KRA 73 con CALLE 26 SUR**	**LUGAR**	**KRA 73 con CALLE 26 SUR**
ACTIVIDAD		**ACTIVIDAD**	
Vehículos de transporte de materiales y escombros debidamente carpados		Vehículos de transporte de materiales y escombros debidamente carpados	

Anexo 15. Programa de mantenimiento. Documentos vehículos

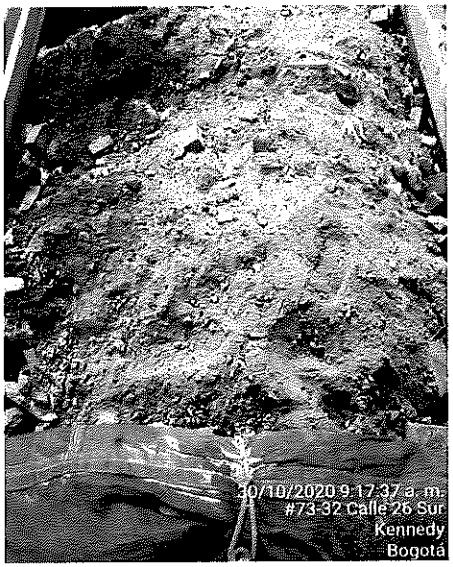
4. USO EFICIENTE Y AHORRO DE AGUA

			
FOTOGRAFÍA No.	17	**FOTOGRAFÍA No.**	18
FECHA	17/09/2020	**FECHA**	29/09/2020
LUGAR	CLL 53 X KR 7	**LUGAR**	CLL 53 X KR 24
ACTIVIDAD		**ACTIVIDAD**	
Suministro de agua. Al finalizar la oras se traslada el tanque con su contenido a una nueva obra		Suministro de agua. Al finalizar la oras se traslada el tanque con su contenido a una nueva obra	

5. MANEJO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN

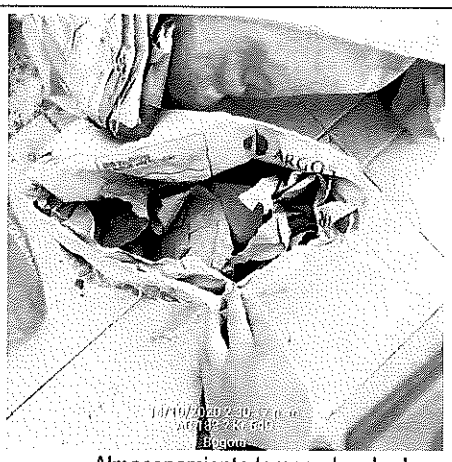
TIPO DE RESIDUO	ETAPA	TRATAMIENTO
N.A	1.Diseño semafórico de intersecciones.	Actividades administrativas y de diseño para inicio de las actividades del contrato.

RCD APROVECHABLES I - Residuos mezclados: 1.Residuos pétreos Concretos, cerámicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosín, mortero y materiales Inertes que no sobrepasen el tamiz # 200 de granulometría (1).	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	 Se ha logrado reutilización de adoquines de concreto para la construcción de cajas de paso. 

II-Residuos de material Fino 1. Residuos finos no Expansivos Arcillas (caolín), limos y residuos inertes, poco o no plásticos y expansivos que sobrepasen el tamiz # 200 de granulometría (1).	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de Semaforización.	 Se realiza disposición en escombrera

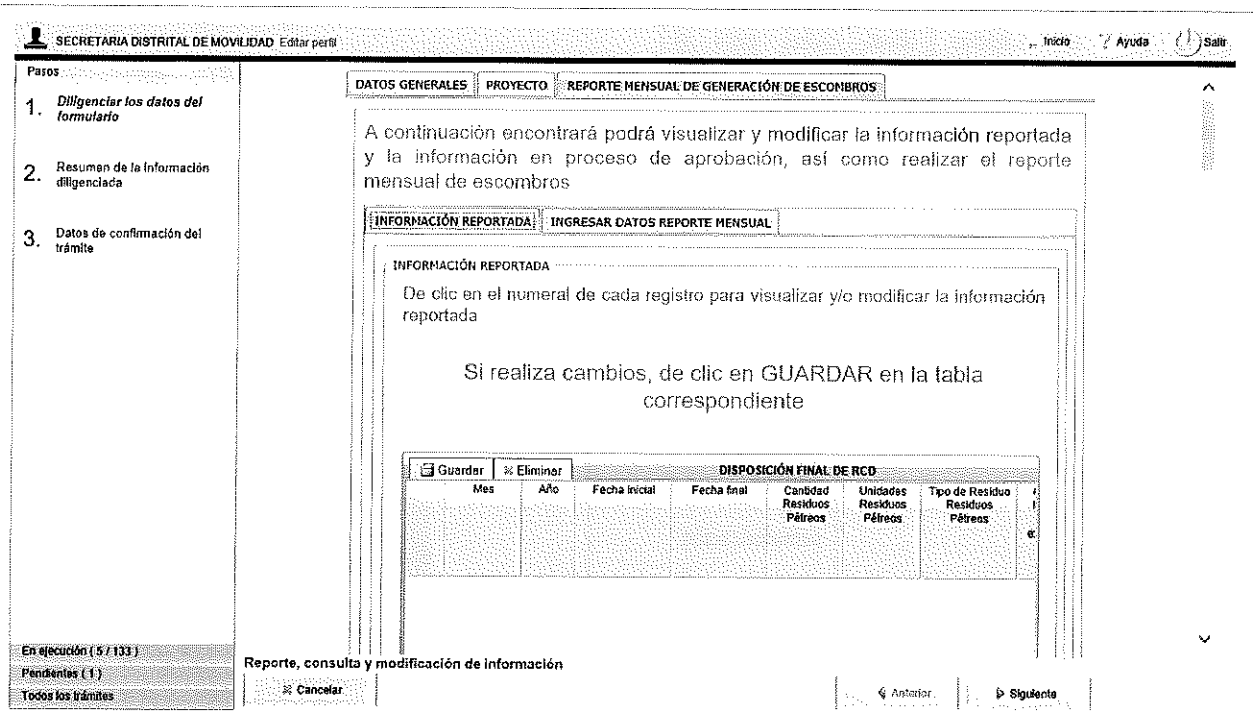
III- Otros Resid uos 2. Residuos de carácter Metálico Acero, hierro, cobre, aluminio, Estaño y zinc.	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	.  Almacenamiento temporal en bodega

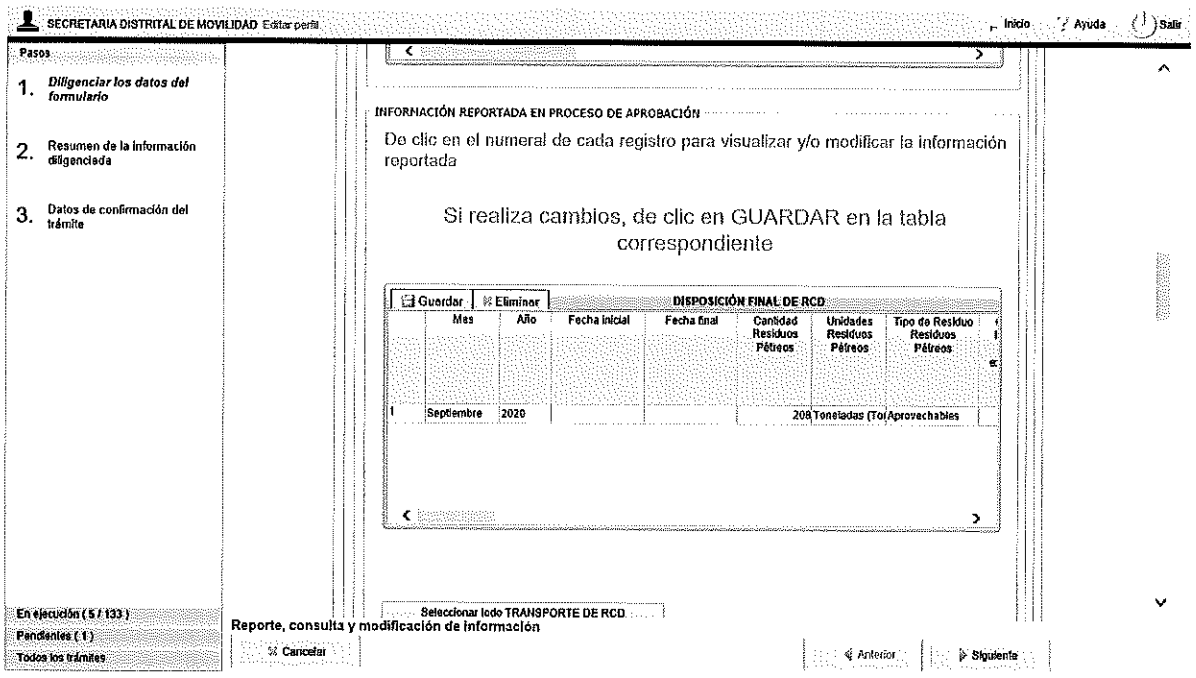
III- Otros Resid uos 3. Residuos orgánicos de pedones Residuos de tierra negra.	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	No se ha generado

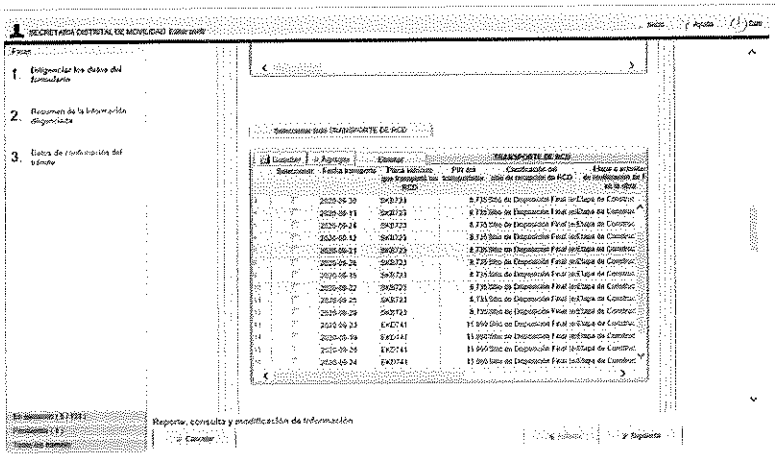
III- Otros Residuos 4. Residuos orgánicos de cespedones Residuos vegetales y otras especies Bióticas.	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	No se ha generado
RCD NO APROVECHABLES VI- Residuos contaminados con otros residuos 5. Bolsas de cemento, recipientes de pintura y solventes.	2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	 Almacenamiento temporal en bodega

Materiales que por su estado no pueden ser aprovechados: Desechos orgánicos, dotación de los trabajadores, elementos de protección personal (EPP).	1. Diseño semafórico de intersecciones. 2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	Almacenamiento temporal en bodega
Otros residuos	1. Diseño semafórico de intersecciones. 2. Construcción de las obras civiles para el sistema de semaforización. 3. Reconstrucción y mantenimiento de las obras civiles para el sistema de semaforización	Se realiza disposición en las canecas dispuestas por la alcaldía de Bogotá para recolección de residuos. 

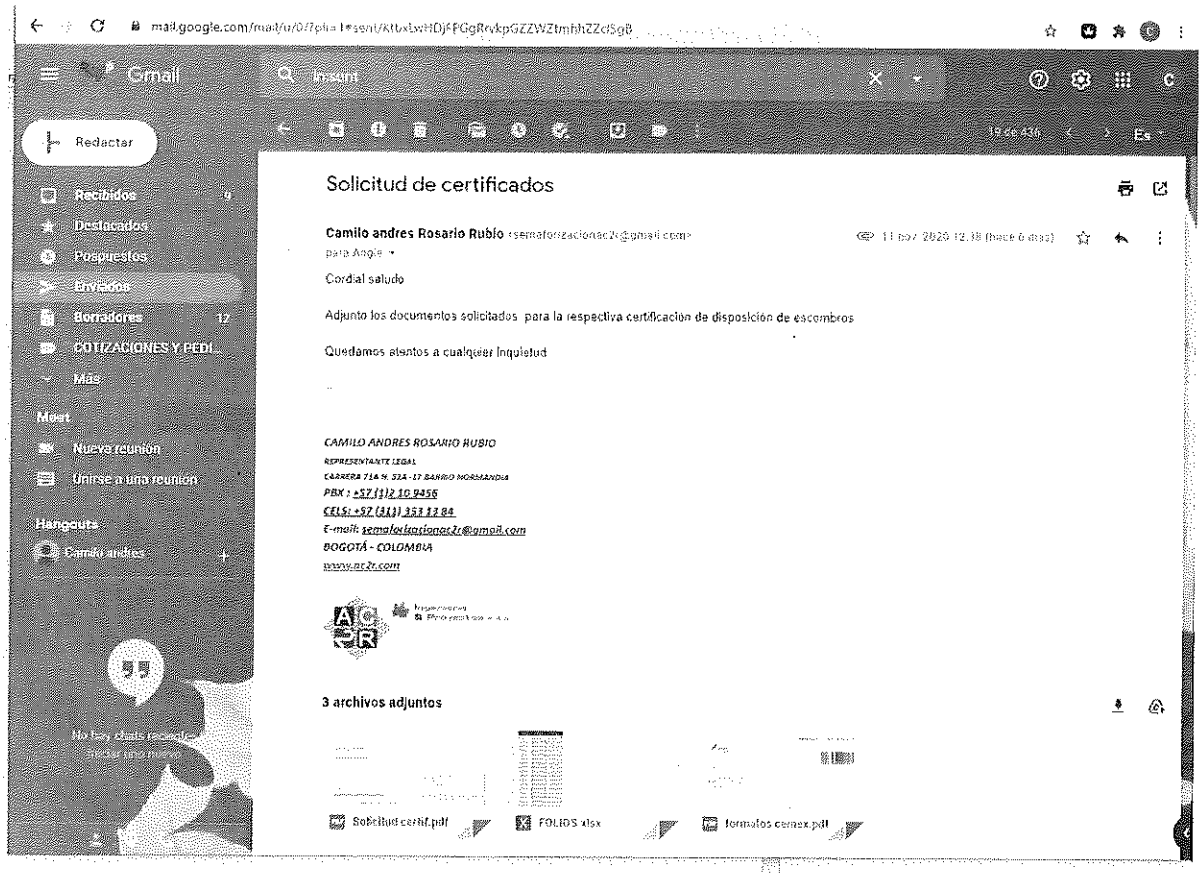
1. Se adjunta soporte de reporte de información en aplicativo web RCD del mes de septiembre con sus respectivos certificados de disposición emitidos por la escombrera.

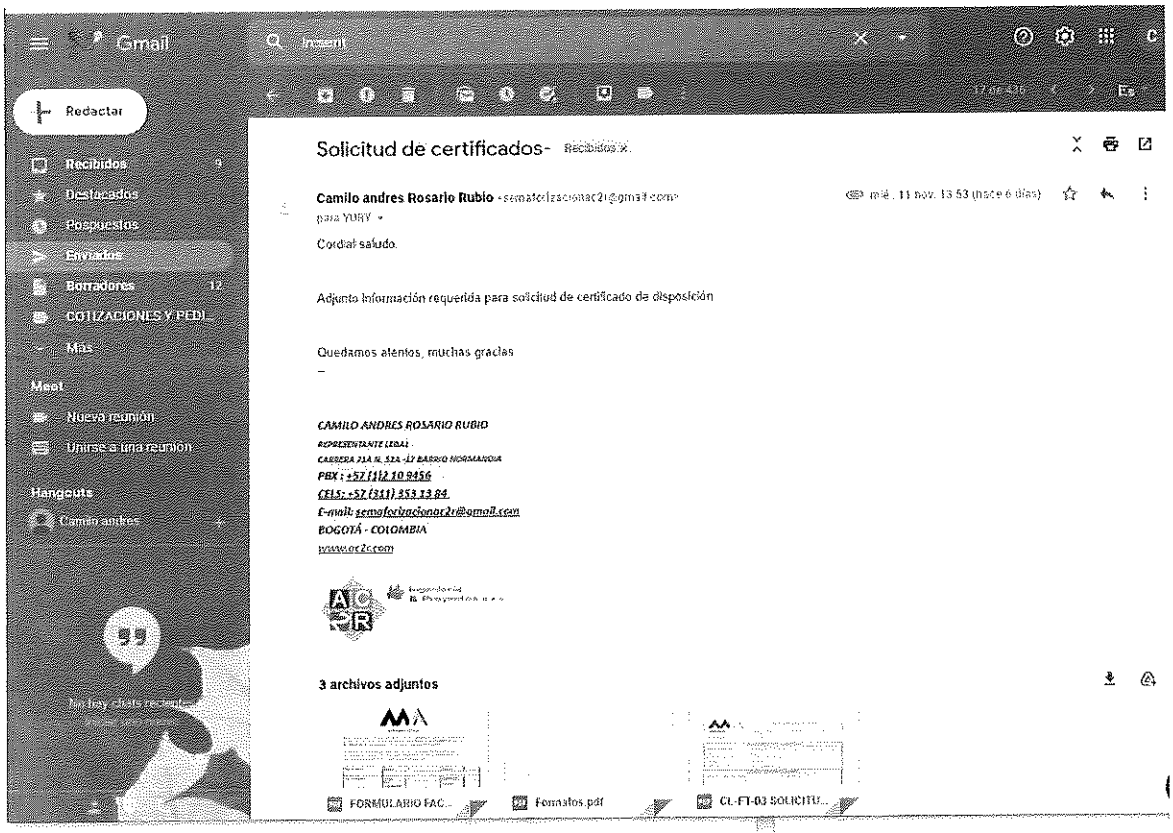





SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD
1. Diligenciar los datos del formulario
2. Resumen de la información diligenciada
3. Datos de confirmación del trámite
Seleccionar todo
TRANSPORTE DE RCD
Eliminar
Seleccionar
Fecha transporte
Placa vehículo que transportó los RCD
Nro de transporte
Clasificación del sitio de recepción de RCD
Etapa o actividad de implementación de la obra
2020-06-30
2020-06-11
2020-06-24
2020-06-12
2020-06-23
2020-06-26
2020-06-15
2020-06-22
2020-06-25
2020-06-29
2020-06-23
2020-06-30
2020-06-26
2020-06-24
Reporte, consulta y modificación de información
Cancelar
Siguiente

2. Los certificados correspondientes al mes de octubre ya fueron solicitados, en cuanto se obtenga esta información se hará el respectivo cargue.




Gmail
Buscar correo
Redactar
Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores
COTIZACIONES Y PEDI...
Más
Meet
Nueva reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
Camilo andres
Solicitud de certificados- Recibidos x
Camilo andres Rosario Rubio
para YURY
mié, 11 nov. 13:53 (hace 6 días)
Cordial saludo.
Adjunto información requerida para solicitud de certificado de disposición
Quedamos atentos, muchas gracias
CAMILO ANDRES ROSARIO RUBIO
REPRESENTANTE LEGAL
CARRERA 31A N. 52A -17 BARRIO NORMANDIA
PBX : +57 (1)2 10 9456
CELS: +57 (311) 553 13 84
E-mail: semaforizacionac2r@gmail.com
BOGOTÁ - COLOMBIA
www.ac2c.com
3 archivos adjuntos
FORMULARIO FAC...
Formatos.pdf
CL-FT-03 SOLICITU...

CEMEX

Construyendo un mejor futuro

CEMEX COLOMBIA S.A - NIT: 860.002.523-1
SITIOS DE DISPOSICIÓN FINAL DE RCD
SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE – PIN: 1778 - 8418
MEDIANTE RESOLUCIÓN ANLA NO. 1506 – 2006 / 1112 - 2012

CERTIFICA QUE:

La firma AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS con identificación 830123577 ingresó al sitio de Disposición final de RCD ESCOMBRERA TUNJUELO, durante el mes 09 del año 2020, un total de 17 viajes expresados en: 119 M3 volqueta sencilla y/o volqueta doble troque.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes 10 del año 2020, para presentar a la obra CTO DE OBRA 2019-1874 con PIN: 18616.
En constancia se firma:



SALOME ESTEPHANIA FIQUE ESPITIA
COORDINADORA DE RECAUDO RCD
CEMEX COLOMBIA S.A.

Consecutivo para la verificación del certificado: SKA8+GgU-20877, generado en: 2020-10-31
La presente certificación tendrá una fecha máxima de verificación de 30 días calendario a partir de su recepción, para solicitud de ajustes y cambios de la misma por parte de

ESCOMBRERA TUNJUELO Avenida Boyaca # 72 - 04 sur, Telefono: 3112209197 Bogota, D.C. Colombia.

Link de verificación

Certificación No.: CERT-2662-2020

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.
NIT: 900.459.311-1

SITIO DE DISPOSICIÓN DE MATERIAL DE ESCOMBROS Y ESTERILES LAS MANAS
(Residuos de construcción y demolición) PIN 8418-SDA SECRETARIA DISTRITAL DEL MEDIO AMBIENTE
AUTORIZADOS MEDIANTE RESOLUCIÓN NÚMERO 1480 DE 2014 ANLA

CERTIFICA QUE

La firma AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S Identificada con NIT. 830123577-7, ingreso al sitio de reconformación morfológica Minas las Manas durante el periodo comprendido entre el día 17 de septiembre de 2020 hasta el día 17 de septiembre de 2020, Ingresando un total de (1) Viajes, para un volúmen de SIETE M3. (7 M3) sueltos de material, como se relaciona a continuación, provenientes de la obra CTO 2019-1874, PIN OBRA: 18616.

Id	Descripción Viaje	Total M3	Total Viajes
2	Sencillo- Excavación, Tierras, Arcillas, Recebos	7,0	1,0

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 10 de noviembre de 2020.

NICOLE STHEFANNY GUZMAN LAVERDE
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE PROYECTO

YURY DAYANA OTALORA MUÑOZ
ASISTENTE DE FACTURACION

Bogotá/ Cra 17 # 192-25
Tel 762-3960
Cel- 321-469-0709
gerencia@maquiamarillas.com
www.maquiamarillas.com

MÁQUINAS

La presente certificación tendrá 30 días calendario a partir de su expedición para solicitud de cambios.

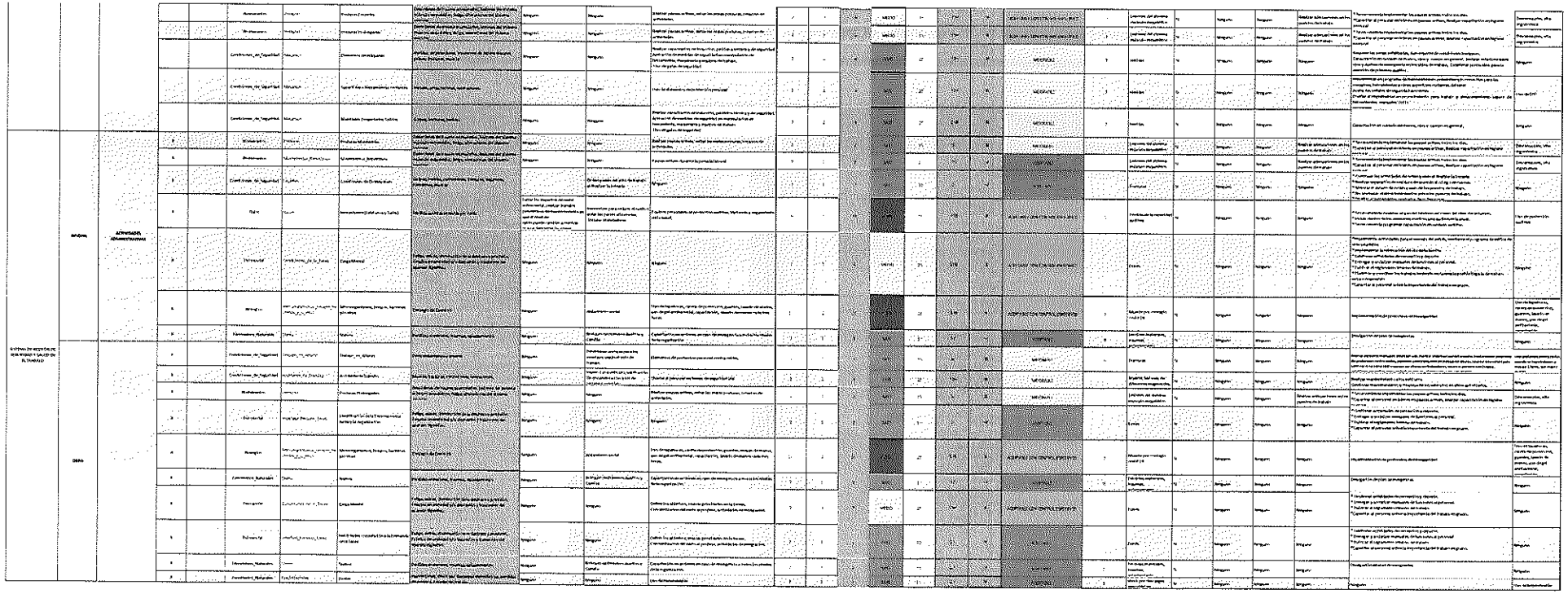
ANEXO 13. MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACION DE CONTROLES	SG-SST – 10 V 02
		F 17/06/2020

LUGAR EVALUACIÓN INICIAL: _____ UBICACIÓN: _____

TRIMESTRE: _____ CTO OBRA 3010-1571 - SOMATIZACIÓN: _____

PROCESO	CLASIFICACIÓN DEL PROCESO	ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD: RUTINARIO	TIPO DE ACTIVIDAD: NO RUTINARIO	IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS: PELIGRO	IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS: CLASIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS: DESCRIPCIÓN	CONTROLES EXISTENTES: EFECTOS POSIBLES	CONTROLES EXISTENTES: FUENTE	CONTROLES EXISTENTES: MEDIO	CONTROLES EXISTENTES: INDIVIDUO	EVALUACIÓN DEL RIESGO: NP	EVALUACIÓN DEL RIESGO: NC	EVALUACIÓN DEL RIESGO: NR	EVALUACIÓN DEL RIESGO: INTERPRETACIÓN DEL NR	EVALUACIÓN DEL RIESGO: ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES: NUMERO DE EXPUESTOS	CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES: PEOR CONSECUENCIA	CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES: ¿EXISTE REQUISITO LEGAL ASOCIADO?	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN: ELIMINACIÓN	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN: SUSTITUCIÓN	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN: CONTROLES DE INGENIERIA	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN: ADMINISTRATIVOS, ACONDICIONALES, CONTROLES ADMIN	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN: EQUIPOS Y EPP
					Biomecánico	Postura	Trabajo Prolongado									MEDIANA I								
					Biomecánico	Postura	Trabajo Prolongado									MEDIANA I								
					Biomecánico	Postura	Trabajo Prolongado									MEDIANA I								
					Condiciones_de_Seguridad	Locativo	Caída de objetos									ACEPTABLE								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones_(p.e._sangre)	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Fenómenos_Naturales	Sismo	Sismo									MEDIANA I								
					Biomecánico	Postura	Trabajo Prolongado									MEDIANA I								
					Biomecánico	Postura	Trabajo Prolongado									MEDIANA I								
					Condiciones_de_Seguridad	Locativo	Caída de objetos									MEDIANA I								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Fenómenos_Naturales	Sismo	Sismo									MEDIANA I								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Físico	Iluminación	Luz Visible por Deficiencia									ACEPTABLE								
					Físico	Ruido	Disturbio									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Físico	Vibraciones	Cuerpo entero									MEDIANA I								
					Mecánico	Atrapamiento	Caída de objetos									ACEPTABLE								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Condiciones_de_Seguridad	Mecánico	Golpeado por									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Condiciones_de_Seguridad	Mecánico	Golpeado por									MEDIANA I								
					Condiciones_de_Seguridad	Mecánico	Golpeado por									MEDIANA I								
					Condiciones_de_Seguridad	Mecánico	Golpeado por									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Físico	Iluminación	Luz Visible por Deficiencia									ACEPTABLE								
					Físico	Ruido	Disturbio									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Físico	Vibraciones	Cuerpo entero									MEDIANA I								
					Mecánico	Atrapamiento	Caída de objetos									MEDIANA I								
					Biológico	Material_orgánico_humano_fluidos_y_secreciones	Contacto_con_sangre									ACEPTABLE CON CONTROLES ESPECIFICOS								
					Fenómenos_Naturales	Sismo	Sismo									MEDIANA I								



ANEXO 14. INSPECCIONES

	INSPECCIÓN HERRAMIENTA MENOR	Código: F INS 15-14 Versión: 01 Fecha: 27/06/2020

Ubicación:	Kra 73 cll 2 Sur	Operador	Richard Martinez.
Marca:	NA	Ayudante:	Yho Valencia.
Modelo:	NA	Fecha:	16/10/20
Serial:	NA	Inspector:	Carolina Jerath

Ítem	Descripción	Estado			ACCIÓN CORRECTIVA RECOMENDADA
		Cumple	No Cumple	No Aplica	
1	Martillo -maceta				
	Mango de madera	✓			
	Mango bien encabado	✓			
	Cabeza sin rebabas	✓			
	Herramienda adecuada para la actividad	✓			
2	Palas				
	Longitud de mango de acuerdo con la actividad	✓			
	Pala afilada	✓			
	Mnago de madera	✓			
	Mango bien encabado				
3	Carretilla	✓			
	Mangos bien fijos	✓			
	Platón sin fisuras	✓			
	Neumatico de llanta en buen estado	✓			
	Soportes en buen estado	✓			
	Eje de llanta y tornillo en buen estado	✓			
4	Palustre				
	Mango bien encabado	✓			
	Borde sin filo	✓			
5	Cincel				
	Punta libre de reababas	✓			
	Cuerpo de cincel sin ondulaciones	✓			
6	Flexómetro				
	Libre de sustancias deslizantes	✓			
	Seguro en buen estado	✓			
7	Otros				

Conforme a la presente inspección se autoriza el uso del equipo SI ✓ NO

Responsable inspeccion

Responsable uso

Ingeniería & Proyectos	**INSPECCIÓN HERRAMIENTA MENOR**	Código: F INS 15-14 Versión: 01 Fecha: 27/06/2020

Ubicación:	C11 183	Operador	Juan Diaz
Marca:	NA	Ayudante:	Robert Cuiroz
Modelo:	NA	Fecha:	10/10/20
Serial:	NA	Inspector:	Carolina Jaramillo

Ítem	Descripción	Estado			ACCIÓN CORRECTIVA RECOMENDADA
		Cumple	No Cumpl	No Aplica	
1	**Martillo -maceta**				
	Mango de madera	✓			
	Mango bien encabado	✓			
	Cabeza sin rebabas	✓			
	Herramienda adecuada para la actividad	✓			
2	**Palas**				
	Longitud de mango de acuerdo con la actividad	✓			
	Pala afilada	✓			
	Mnago de madera	✓			
	Mango bien encabado	✓			
3	**Carretilla**	✓			
	Mangos bien fijos	✓			
	Platón sin fisuras	✓			
	Neumatico de llanta en buen estado	✓			
	Soportes en buen estado	✓			
	Eje de llanta y tornillo en buen estado	✓			
4	**Palustre**				
	Mango bien encabado	✓			
	Borde sin filo	✓			
5	**Cincel**	✓			
	Punta libre de reababas				
	Cuerpo de cincel sin onduiaciones	✓			
6	**Flexómetro**	✓			
	Libre de sustancias deslizantes	✓			
	Seguro en buen estado	✓			
7	**Otros**				

Conforme a la presente inspección se autoriza el uso del equipo SI ✓ NO

Responsable inspeccion

Responsable uso

	INSPECCIÓN COMPRERSOR	Código: IN 15-1
		Versión: 01
		Fecha: 27/06/2020

Ubicación:		Operador	Douglas León
Marca:		Ayudante:	Arleth Ulloa
Identificación:		Fecha:	13/10/2020
Inspector:			

Ítem	Descripción	Estado			ACCIÓN CORRECTIVA RECOMENDADA
		Bueno	Malo	No Aplica	
1	Puerta de acceso del panel de instrumentos	✓			
2	Elemento del separador y punto de llenado	✓			
3	Punto de llenado de aceite del motor	✓			
4	Punto de llenado de la botella de refrigerante	✓			
5	Punto de llenado de combustible	✓			
6	Filtro de aceite del motor	✓			
7	Salida de aire del paquete	✓			
8	Barra de tiro	✓			
9	Indicadores de aceite de motor refrigerante	✓			

Conforme a la presente inspección se autoriza el uso del compresor SI NO

Responsable inspeccion

Douglas.
Responsable uso

	INSPECCIÓN DE PLANTA ELECTRICA	Código: F INS 15-3
		Versión: 01
		Fecha: 27/06/2020

Ubicación:	CH 103	Operador	Juan Diaz
Marca:		Ayudante:	Robert Ulloa
Modelo:		Fecha:	13/10/2020
Serial:		Inspector:	Carolina Jara

Ítem	Descripción	Estado			ACCIÓN CORRECTIVA RECOMENDADA
		Bueno	Malo	No Aplica	
1	Tanque de combustible		✓		Se llena el tanque de combustible
2	Silenciador de escape	✓			
3	Conexión a tierra	✓			
4	Enchufe/conexión AC	✓			
5	Filtro de aire	✓			
6	Manija de arranque	✓			
7	Llave de combustible	✓			
8	Ahogador	✓			
9	Estructura de soporte	✓			
10	Bujía	✓			
11	Tapa del combustible	✓			
12	Interruptor automático de protección AC	✓			
13	Contenedor de aceite		✓		Cambio de aceite.
14	Interruptor de encendido	✓			

Conforme a la presente inspección se autoriza el uso de la planta

☐ Si No ☐

Responsable inspeccion

Robert.
Responsable uso

153

Ingenieros & Proveedores

13/10/20 CU 183 10:25

EKD741 Rojo 1990 CHEVROLET

Fredy Tapiero 1024535935 1024535935 3208817314

C2 C2

ASPECTOS A REVISAR	B	R	M	OBSERVACIONES
DOCUMENTACION				
Licencia de conducción, Vigencia	✓			
Revisión tecnomecánica y de gases	✓			
Licencia de tránsito, vigencia	✓			
Pólizas habiles	✓			
SOAT	✓			
ESTADO LLANTAS				
Banda de rodamiento	✓			
Banda de rodamiento	✓			
Sobrepuestas	✓			
Cauchos de repuesto en buen estado	✓			
Llanta de repuesto en buen estado	✓			
Presión de llantas	✓			
Tuercas de seguridad	✓			
Pernos de llantas	✓			
Estado de rines, tapacubos, tuercas, tornillos	✓			
PUESTO EXTERIOR				
Estado general de la carrocería y pintura	✓			
Estado de puertas y seguros	✓			
Estado espejos laterales	✓			
Tanque combustible tapón estado	✓			
Estado de parabrisas y vidrios	✓			
Limpiabrisas estado	✓			
Estado de carrocería y sujeción	✓			
PARTE INTERNA				
Cinturones de seguridad	✓			
Panorales sujeción y estado	✓			
Estado tapicería orden y aseo	✓			
Luz de techo	✓			
Indicadores	✓			
Estado de tablero	✓			
Pedales y resorte	✓			
CARROCERIA				
Soportes y grapas central y lateral	✓			
Estado general del cubículo	✓			
Compartimiento trasero general del carro, estado compuerta y aperturas laterales	✓			

Ingeniería & Proyectos	DOCUMENTO:		CODIGO: FR-IN-05
			VERSIÓN: 1

RESPONSABLE: Carolina Jerna FECHA: 13/10/20 AREA: C11 183

PROYECTO: Jerna Fortificación

Espacios organizados y libres de obstáculos			✓	
Equipos ubicados correctamente (No estan en zonas donde generen daños a la comunidad o ambientales)		✓		
Intersección libre de escombros		✓		Se realiza recolección a las 10:25 am
Herramientas almacenadas correctamente		✓		
Limpia y en Buen Estado Locativo			✓	
Material bien apilado o almacenado		✓		
Residuos correctamente separados y zona identificada		✓		
Uso racional del espacio de almacenamiento		✓		
Paredes limpias	✓			
Pisos limpios, en buen estado, y secos			✓	
Recipientes de recoleccion de residuos en buen estado	✓			
Agua potable		✓		
Insumos de bioseguridad(Alcohol, jabón de manos, gel antibacterial, detergente, hipoclorito, toallas de unico uso)		✓		
Sanitarios limpios		✓		
Punto de lavado de manos limpio y con agua potable		✓		
Otros				Para los Items que no cumple se destina una persona para toda realizar la limpieza de la obra, Se corrigen observaciones de manera inmediata.

N.A: No aplica SC: Si cumple NC: No cumple

Firma Director de Obra

Firma

C.C/NIT

Inspecciones & Proyectos	**INSPECCIÓN HERRAMIENTA MENOR**	Código: F INS 15-14 Versión: 01 Fecha: 27/06/2020

Ubicación:	Kra 73 calle 25 Sur	Operador	Estiven Jan Olivero
Marca:	NA	Ayudante:	Heiner Navarro
Modelo:	NA	Fecha:	19/8/20
Serial:	NA	Inspector:	Carolina Jerath

Ítem	Descripción	Estado			ACCIÓN CORRECTIVA RECOMENDADA
		Cumple	lo Cumpl	No Aplica	
1	**Martillo -maceta**				
	Mango de madera	✓			
	Mango bien encabado	✓			
	Cabeza sin rebabas	✓			
	Herramienda adecuada para la actividad	✓			
2	**Palas**				
	Longitud de mango de acuerdo con la actividad	✓			
	Pala afilada	✓			
	Mnago de madera	✓			
	Mango bien encabado	✓			
3	**Carretilla**				
	Mangos bien fijos	✓			
	Platón sin fisuras	✓			
	Neumatico de llanta en buen estado	✓			
	Soportes en buen estado	✓			
	Eje de llanta y tornillo en buen estado	✓			
4	**Palustre**				
	Mango bien encabado	✓			
	Borde sin filo	✓			
5	**Cincel**				
	Punta libre de reababas	✓			
	Cuerpo de cincel sin ondulaciones	✓			
6	**Flexómetro**				
	Libre de sustancias deslizantes	✓			
	Seguro en buen estado	✓			
7	**Otros**				

Conforme a la presente inspección se autoriza el uso del equipo SI ✓ NO

Responsable inspeccion

Responsable uso

ANEXO 15. PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020209921

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SKB723	DODGE	D 600 157	1980

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.194	AZUL	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	7000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
08G0100824	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
DT000119	N	DT000119	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
TAPIERO RAFAEL ANTONIO	C.C. 80372291

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
83085	I	14/12/1979	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
14/08/1980	05/02/2020	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DPTAL TTEYTTO CUND/CAJICA





LT07000152635

SOAT

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	HASTA
2019-04-25	2019-04-30	2020-04-29

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE (CENTÍMETROS)	MODELO
136203400013120	SKB723	CARGA O MIXTO	PUBLICO	6194	1980

No. DE PASAJEROS	MARCA	CAPACIDAD
2	DODGE	PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
08GD100024	DT000119		7.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
TAPIERO RAFAEL ANTONIO	3144443861	CC	80372291	BOGOTA D.C

CÓDIGO ENTIDAD AFILIADORA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLAVE DE SEGURIDAD	No. POR BOLSILLO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1929	10	164006054	0	BOGOTA D.C

VALOR	TASA RUNT	CÓDIGO DE SEGURIDAD	TASA RUNT
$ 908700	$ 303550	$ 1900	

VALOR A PAGAR

$ 911950

CAUSAS POR VÍCTIMA

	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. INTERESES Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10	DIARIOS
		VIGENTES

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

En este usuario tenga en cuenta los siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito no le pueden exigir en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT.
- Está atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la retención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los gastos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en Tránsito en Aseguradoras.

En caso de accidente de tránsito:

El siguiente recibo habla, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 168 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Para los pagos, recuerde, el cobro ante la Aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a abogado.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A. para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán tratados en una Base de Datos cuya responsable son CAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá consultar la vigencia al tratamiento de sus datos, así como a ejercer derechos de acceder, y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la página www.segurosdelestado.com.

CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

N° DE CONTROL 4188101[illegible]

N° DE CONTROL 4188101[illegible]

PLACA SKB723	MARCA DODGE	LINEA D 600 157	
CLASE PUBLICO	COLOR AZUL		MODELO 1980
CILINDRAJE 5193	COMBUSTIBLE DIESEL		
PROPIETARIO VOLQUETA	DOC. PROPIETARIO 900372291		
PROPIETARIO RAFAEL A. TAPIERO Y OTROS		NIT O CONSECUTIVO RUNT 141308352	

PLACA SKB723	CHASIS DT000119		
CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR CENTRO NACIONAL DE REVISION			NIT 900081626
FECHA DE EXPEDICION AÑO 2019	MES 05	DIA 02	
FECHA DE VENCIMIENTO AÑO 2020	MES 05	DIA 02	
N° CERTIFICADO DE ACREDITACION 08-OIN-026-003			NIT O CONSECUTIVO RUNT 141308352

CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

El Poder y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017911254

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
EKD741	CHEVROLET	SIN LINEA	1954

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.000	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	4000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
937 22195	N	******

[illegible]	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
X	N	X	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

~~BELTRAN TAPIERO LUZ ESTELLA — C.C. 41760813~~

RESTRICCIÓN I MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 5059

I/E: I

FECHA IMPORT.: 26/09/1966

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
23/11/1967	01/03/2019	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DPTAL TTEYTTO CUND/CAJICA



LT07000019483

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2019	11	11	2019	11	12	2020	11	11

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
23597924	EKD741	VOLQUETA	PARTICULAR	5000	1954

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	

LÍNEA VEHÍCULO: SINLINEA

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
93722195	X	NO APLICA	4.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	NO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
RAFAEL ANTONIO TAPIERO		CEDULA	80372291	

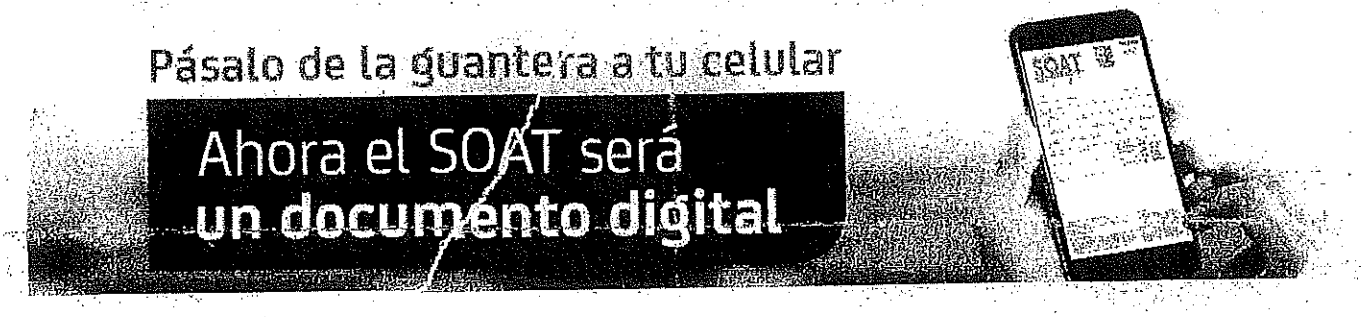
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	3553	4999		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
310	$ 419,800	$ 209,900	$ 1,700

TOTAL A PAGAR $ 631,400

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

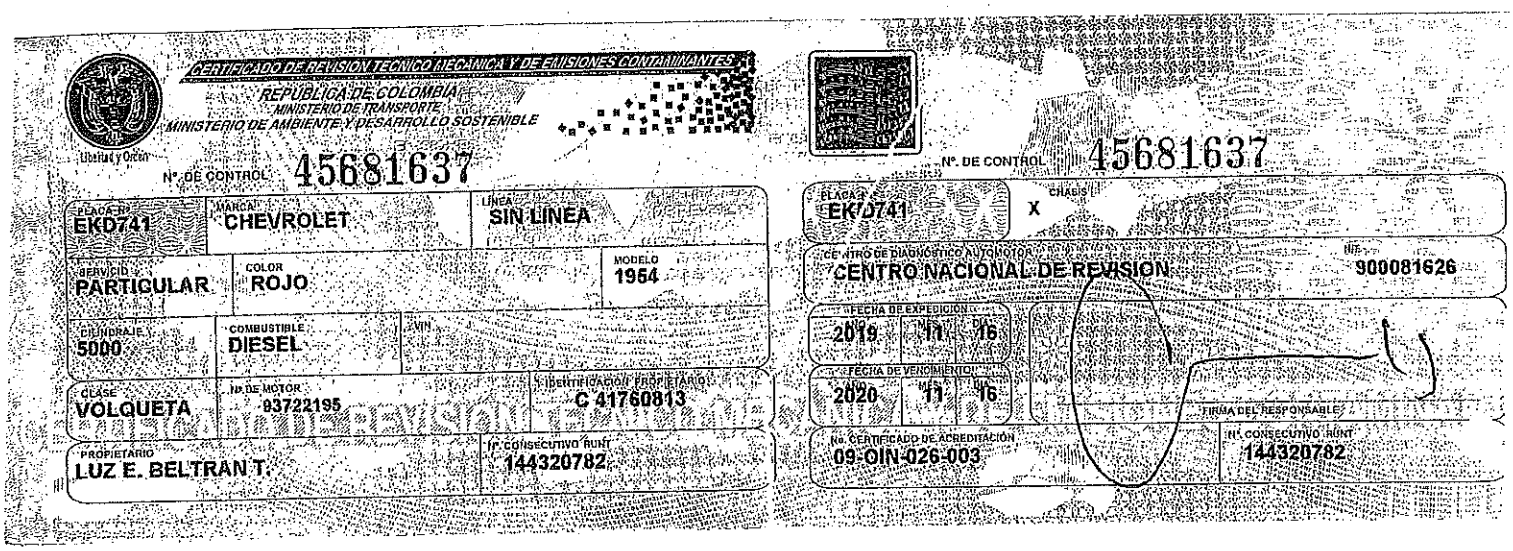
Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000518888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurossura.com.co"

153



CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

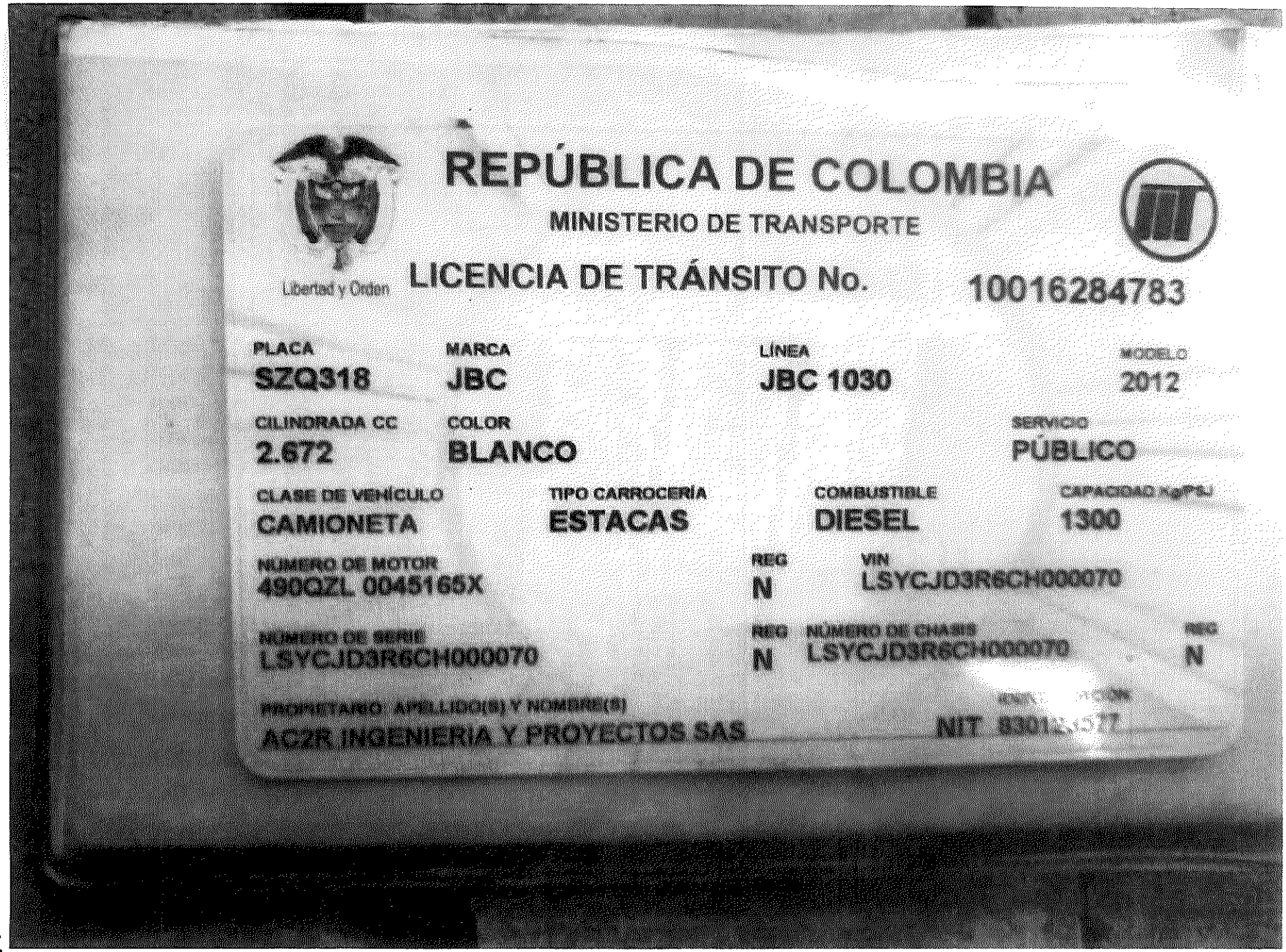
Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 45681637

PLACA: EKD741
MARCA: CHEVROLET
LINEA: SIN LINEA
SERVICIO: PARTICULAR
COLOR: ROJO
MODELO: 1964
CILINDRAJE: 5000
COMBUSTIBLE: DIESEL
VIN:
CLASE: VOLQUETA
NO. DE MOTOR: 93722195
IDENTIFICACION PROPIETARIO: C 41760813
PROPIETARIO: LUZ E. BELTRAN T.
NO. CONSECUTIVO RUNT: 144320782

Nº. DE CONTROL 45681637

PLACA: EKD741
CHASIS: X
CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR: CENTRO NACIONAL DE REVISION
NIT: 900081626
FECHA DE EXPEDICION: 2019 11 16
FECHA DE VENCIMIENTO: 2020 11 16
FIRMA DEL RESPONSABLE
No. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN: 09-OIN-026-003
NO. CONSECUTIVO RUNT: 144320782



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016284783

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SZQ318	JBC	JBC 1030	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.672	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD kg/PSJ
CAMIONETA	ESTACAS	DIESEL	1300

NÚMERO DE MOTOR
490QZL 0045165X

REG N

VIN
LSYCJD3R6CH000070

NÚMERO DE SERIE
LSYCJD3R6CH000070

REG N

NÚMERO DE CHASIS
LSYCJD3R6CH000070

REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ACZR INGENIERIA Y PROYECTOS SAS

NIT 830[illegible]17

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882011000108464

I/E
I

FECHA IMPORT.
27/12/2011

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
17/01/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
20/06/2018

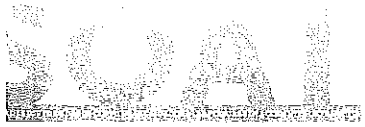
FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRANSITO

SDM BOGOTA D.C.



LT0600141344 2





SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT 860009578-6

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
2020-04-29	2020-04-30
2020-04-29	2021-04-29

No.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/CARGA	MODELO
300049800	SZO318	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2672	2012

MARCA	JBC
LÍNEA VEHÍCULO	JBC 1030

CARROCERÍA: ESTACAS

No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD KGS.
L0045165X	LSYCJD3R6CH000070	1 30

NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
NGENIERIA Y PROYECTOS SAS	3113531384	NIT	8301235777	BOGOTA D.C

ASEGURADORA	COD. ENTIDAD EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
	10	154005384	0	BOGOTA D.C

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONSTCA	TASA RUNT
$ 423300	$ 211650	$ 1700

VR.
50

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	MÍNIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	LEGALES DIARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	VIGENTES

FIRMA

cación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos s en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de gunda) póliza expedida (expedida con posterioridad) iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la que ya se encuentra registrada en el RUNT.

ario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones

l portal siempre su SOAT (las autoridades de tránsito de la puedan consultar en momento

tratarse que su póliza sera registrada en el RUNT

rca el momento en que debe renovar su póliza (no tener SOAT vigente acarrea inmovilizar la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por ostas de la atención de las víctimas del accidente

su SOAT en lugares autorizados

n accidente de tránsito

n resulta ilícito debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención por las víctimas

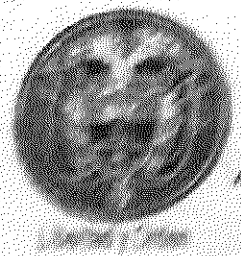
prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de t de tránsito (artículo 168 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario denuncie portamiento ante la Superintendencia Nacional de Salud

gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la prestadora de servicios de salud

iciar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a

Protección de datos personales

Con la suscripción conducta de acepto y no revocar la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A. para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del convenio de seguros los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesaria para la prestación del servicio. Usted podrá mantener la reserva al tratamiento de sus datos así como a conocer actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la página www.segurosdelestado.com



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

No. 42869249

SZC318	JBC	JBC 1030
PUBLICO	BLANCO	2012
2972	DIESEL	L3YCJD3R6CH000070
CAMIONETA	490QZL0045165X	M 8301235T7
AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	1408099813	

CAR - PTS S.A.
CENTRO DIAGNOSTICO AUTOMOTOR
NIT. 900.081.091-1
CARRERA 4 No. 18-08 ENTRADA 4 CAZUCA SOACHA
TELS: 7013 7016

Ingeniería & Proyectos

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VEHICULOS

PLACA DEL VEHICULO	NUMERO DEL MOTOR	KILOMETRAJE	FECHA	MARCA	CLASE DE VEHICULO	LINEA	CILINDRAJE	MODELO	ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL VEHICULO	DATOS DEL PROPIETARIO	TIENE SOAT	FECHA DE VIGENCIA	TIENE REVISION TECNICO-MECANICA	FECHA DE VIGENCIA	TIENE COMPARENDOS	REPORTE DE INCIDENTES	FECHA	LUGAR	AREA	FECHA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO	DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	FECHA DE CIERRE
SKB723	08G0100824			DODGE	VOLQUETA	D 600 157	6194	1980		RAFAEL ANTONIO TAPIERO	SI	6/09/2021	SI	7/09/2021	NO	N/A	N/A	N/A	N/A				
EDK741	93722195			CHEVROLET	VOLQUETA	SIN LINEA	5000	1954		BELTRAN TAPIERO LUZ STELLA	SI	11/11/2020	SI	16/11/2020	NO	N/A	N/A	N/A	N/A				
SZQ318	490QZL 0045165X			JBC	CAMIONETA	JBC 1030	2672	2012		AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS SAS	SI	29/04/2021	SI	11/07/2021	NO	N/A	N/A	N/A	N/A				

ANEXO 16. ENTREGA DE EPP

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Gonzalo Garcia	CEDULA No.	80739892
FECHA:	CARGO	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05oct	Tapabocas		
2					05oct	Termometro		
3					12oct	Tapabocas		
4					19oct	Tapabocas		
5					26oct	Tapabocas		
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 80739892.

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Melida Janeth Gomez	CEDULA No.	1077475387
FECHA:		CARGO	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/04/	Tapabocas	1	
2					30/04/	Tapabocas	1	
3					19/04/	Tapabocas	1	
4					29/04/	Tapabocas	1	MELIZA JANETH
5					19/04/	Termometro	1	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	MELIZA JANETH
CEDULA No: 1077475387	

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Hana Camilo Cambo	CEDULA No.	1019079604
FECHA:	18-10	CARGO	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					03a	Tapaboca	1	
2					16a	Tapaboca	1	
3					2003	Tapaboca	1	
4					2800	Tapaboca	1	
5					28a	Tirmantra	1	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1019079604

Ingeniería & Proyección

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Stella Pineda	CEDULA No.	1026260474
FECHA:	CARGO		FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/10	Tapabocas	1	
2					14/10	Tapabocas	1	
3					19/10	Tapabocas	1	
4					28/10	Tapabocas	1	Stella Pineda
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: (02) Stella Pineda B

CEDULA No: 1026260474

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Carolina Serna	CEDULA No.	1012420278
FECHA:		CARGO	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/0	Tapabocas	1	
2					14/0	Tapabocas	1	
3					19/0	Tapabocas	1	
4					28/0	Tapabocas	1	
5					28/0	Termometro	1	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carolina Serna.

CEDULA No: 1012420278

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Oscar Valles Mayorga			CEDULA No.	79720093
FECHA:		CARGO			FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/10	Tapabocas	1	OSCAR VALLES
2					14/10	Tapabocas	1	OSCAR VALLES
3					19/10	Tapabocas	1	OSCAR VALLES
4					22/10	Tapabocas	1	OSCAR VALLES
5					28/10	Tapa	1	OSCAR VALLES
6					22/10	Termometro	1	OSCAR VALLES
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	OSCAR VALLES
CEDULA No: 79720093	

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Adrian Ceche | CEDULA No.: 8003250 | FECHA INGRESO: 14/09/20

FECHA: 14/09/20 | CARGO: Maestro General

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				14/09	Overol	1	
2						Tapabocal	1	
3						Gafas	1	
4						Manoplas	1	
5					21/09	Tapabocas	1	
6					28/09	Tapabocas	1	
7					30/09	Overol	1	
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 8003 250

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Adrian Ubeche			CEDULA No.	80032500
FECHA:	21/10/20	CARGO	Maestro	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	
3					20/10/20	Termometro	1	
4					21/10/20	Guantes	1	
5					28/10/20	Tapabocas	1	
6						Tapabocas	1	
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido Información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	
CEDULA No:	80032500

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Estiveson Olivero			CEDULA No.	9153605
FECHA:	14/09/20	CARGO	Encargado	FECHA INGRESO:	14/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				14/09/20	Overol	1	
2						Tapabocas	1	
3						Guantes	1	
4						Monogafas	1	
5						Tapagoidos inserción	1	
6						Guantes	1	
7					19/09/20	Tapabocas	1	
8						Carnet	1	
9					22/09/20	Tapabocas	1	
10					29/09/20	Tapabocas	1	
11					30/09/20	Overol	1	
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 9153605

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Estiverson Olivero			CEDULA No.	91536053
FECHA:	2/10/20	CARGO	Encargado oficina	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Estiverson
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	Estiverson
3		X			20/10/20	Termometro Digital	1	Estiverson
4					28/10/20	Tapabocas	1	Estiverson
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 91536053

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jesus Urango			CEDULA No.	1096244058
FECHA:	14/09/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	14/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) EN RECAPOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				14/09/20	overol	1	
2						tapabocas	1	
3						Gafantes	1	
4						Mascarilla	1	
5					18/09/20	Guantes	1	
6						tapabocas	1	
7						Gafas	1	
8					29/09/20	Tapabocas	1	
9						Guantes	1	
10					30/09/20	Overol	1	
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBÉ EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Jesus
CEDULA No: 1096244058	

168

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jesus Orango	CEDULA No.	1096244098
FECHA:	2/10/2020	CARGO	ayudante
		FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	
3					20/10/20	Termometro	1	
4					21/10/20	Guantes	1	
5					28/10/20	Tapabocas	1	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Jesus

CEDULA No: 1096244098

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Heiner Navarro	CEDULA No.	1049898853
FECHA:	14/09/20	CARGO	Ayudante
		FECHA INGRESO:	14/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	✓				14/9/20	Overol	1	Heiner
2						Tapabocas	1	
3						Guantes	1	
4						Monogafas	1	
5						Guantes	1	
6						Tapabocas	1	
7						Carnet	1	
8					29/09/20	Tapabocas	1	
9						Guantes	1	
10					30/09/20	Overol	1	
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Heiner

CEDULA No: 1049898853

169

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Heiner Navarro			CEDULA No.	1049898531
FECHA:	21/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	
2					16/10/20	Tapabocas	1	
3					20/10/20	Termometro	1	
4					21/10/20	Guante	1	
5					22/10/20	Tapabocas	1	
6					28/10/20	Tapabocas	1	
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1049898531

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Douglas León			CEDULA No.	2130-1158
FECHA:	21/09/20	CARGO	ayudante.	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Douglas.
2		X			16/10/20	tapabocas	1	Douglas
3					20/10/20	Termometro	1	Douglas.
4					21/10/20	Guantes	1	Douglas.
5					28/10/20	Tapabocas	1	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Douglas.

CEDULA No:

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Douglas Toca | CEDULA No.: 21307158

FECHA: 14/09/20 | CARGO: ayudante | FECHA INGRESO: 14/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				14/09/20	Overol	1	
2						Guantes	1	
3						Tapabocas	1	
4						Monogafas	1	
5						Tapaoidos	1	Douglas
6					18/09/20	tapabocas	1	Douglas
7						guantes	1	
8						Carnet	1	Douglas
9					29/09/20	Tapabocas	1	
10						Guantes	1	
11					30/09/20	Overol	1	
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Douglas.

CEDULA No: 21307158.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE				CEDULA No.	
FECHA:	02/oct/2020	CARGO		FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Omar Jabela			CEDULA No.	1014299583
FECHA:	15/09/20	CARGO	Ayudante	FECHA INGRESO:	15/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				15/09/20	Overol	1	
2						Tapabocas	1	
3						guantes	1	
4						Gafas	1	
5					18/09/20	Guantes	1	
6						Tapabocas	1	
7					25/09/20	Tapabocas	1	
8						guantes	1	
9						Mandatal	1	
10					30/09/20	Overol	1	
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1014299583

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Edicxon Alvarez	CEDULA No.	1042467682
FECHA:	15 Sept 2020	CARGO	ayudante
		FECHA INGRESO:	15/09/2020

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				15/09/20	overol	1	
2						guantes	1	
3						tapabocas	1	
4					17/09/20	tapabocas	2	
5						gafas	1	
6					29/09/20	tapabocas	1	
7						guantes	1	
8					30/09/20	overol	1	
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1042467682

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Edicxon Alvarez			CEDULA No.	1042467682
FECHA:	21/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Edicxon
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	Edicxon
3					20/10/20	Termometro	1	Edicxon
4					21/10/20	Guantes	1	Edicxon
5					22/10/20	Tapabocas	1	Edicxon
6					28/10/20	Tapabocas	1	Edicxon
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Edicxon

CEDULA No: 1042467682

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Fredy Rodriguez		CARGO	auxiliante	CEDULA No. 73015174
FECHA:	15/09/20				FECHA INGRESO: 15/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				15/09/20	overol	1	
2						casco	1	
3						Guantes	1	
4						Tapabocas	1	
5					15/09/20	Tapabocas	1	
6						Guantes	1	
7					29/09/20	guantes	1	
8						tapabocas	1	
9					30/09/20	Overol	1	
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 73015174

173

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Freddy Rodriguez	CEDULA No.	7301514.
FECHA:		CARGO: Ayudante.	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					9/10/20	Tapabocas	1	Fredy R.
2					16/10/20	Tapabocas	1	Fredy R.
3					20/10/20	Termometro	1	Fredy R.
4					21/10/20	Guantes	1	Fredy R.
5					28/10/20	Tapabocas	1	Fredy R.
6					30/10/20	Tapabocas	1	Fredy R.
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Fredy. R.

CEDULA No: 7301514

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	José Angel Chaves			CEDULA No.	85271049
FECHA:	23/09/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	23/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				23/09/20	overol	1	
2						casco	1	
3						Guantes	1	
4						Tapabocas	1	José Angel
5						Gafas	1	José Angel
6					29/09/20	Tapabocas	1	
7						Guantes	1	
8					30/09/20	Overol	1	
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	José Angel
CEDULA No: 85271049	

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jose angel chavez	CEDULA No.	8527 1049
FECHA:	21 10 120	CARGO	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Jose Angel
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	Jose Angel
3					20/10/20	Tapabocas	1	Jose Angel
4					20/10/20	termometro	1	Jose Angel
5					21/10/20	Guantes	1	Jose Angel
6					28/10/20	Tapabocas	1	Jose Angel
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Jose Angel
CEDULA No:	

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Juan Rafael Diaz	CEDULA No.	1024509395
FECHA:	21/09/20	CARGO	oficial
		FECHA INGRESO:	21/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				21/09/20	overol	1	
2						Casco	1	
3						Guantes	1	
4						Gafas	1	
5						Tapabocas	1	
6					29/09/20	Tapabocas		
7						guantes	1	
8					30/09/20	overol	1	
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1024509395.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Juan Diaz	CEDULA No.	1024509395
FECHA:	9/octubre/2020	CARGO	Oficial
		FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X	X		9/10/20	Tapabocas	1	
2					16/10/20	Tapabocas	1	
3					20/10/20	Termometro	1	
4					21/10/20	Guantes	1	
5					23/10/20	Tapabocas	1	
6					28/10/20	Tapabocas	1	
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1024509395

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Ivan Valencia.	CEDULA No.	1043842534
FECHA:	11/09/20	CARGO	Ayudante.
		FECHA INGRESO:	11/09/20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				11/09/20	Overol	1	
2						Tapabocas	1	
3						mahogafas	1	
4						Guantes	1	
5					8/09/20	Guantes	1	
6						Tapabocas	1	
7						Carnet	1	
8					29/09/20	tapabocas	1	
9						guantes	1	
10						Overol	1	
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1043842534

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jhon Valencia			CEDULA No.	1043842534
FECHA:	9/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	
2		X			16/10/20	tapabocas	1	
3					20/10/20	termometro Digital	1	
4					20/10/20	tapabocas	1	
5					21/10/20	guantes	1	
6					28/10/20	Tapabocas	1	
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Jhon Valencia Cortés

CEDULA No: 1043842534

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Richard Martinez			CEDULA No.	1011384911
FECHA:	02/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Richar dean
2		X			16/10/20	Tapabocas	1	Richar dean
3					20/10/20	Termometro Digital	1	Richar dean
4					24/10/20	Guantes	1	Richar dean
5					28/10/20	Tapabocas	1	Richar dean
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y segulmiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Richar dean

CEDULA No: 1011384911

177

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Richard Martinez	CEDULA No.	1043849117
FECHA:	CARGO	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05-10	Overol	2	Richar dean
2					05-10	Tapaoidos	1	Richar dean
3					05-10	Casco seguridad	1	Richardean
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Richar dean
CEDULA No:	1043849117

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Juan Martinez	CEDULA No.	85272819
FECHA:	CARGO		FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/20/20	Tapabocas	1	X
2					16/10/20	Tapabocas	1	X
3					22/10/20	Guantes	1	X
4					22/10/20	Termometro	1	X
5					22/10/20	Tapabocas	1	X
6					28/10/20	Tapabocas	1	X
7					28/10	Guantes	2	X
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

178

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Hugo Oviedo			CEDULA No.	9865368
FECHA:	31/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	31.10.20

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				31/10/20	casco	1	Hugo oviedo
2						guantes	1	Hugo oviedo
3						casco	1	Hugo oviedo
4						Tapabocas	1	Hugo oviedo
5						Termometro	1	Hugo Oviedo
6						Tapabocas	1	Hugo oviedo
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Hugo oviedo

CEDULA No:

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Gustavo Sanchez	CEDULA No.	1016021481
FECHA:		CARGO	FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/10/20	Tapabocas	1	Gustavo Sanchez
2					12/10/20	Tapabocas	1	Gustavo Sanchez
3					20/10	Tapabocas	1	Gustavo Sanchez
4					28/10	Tapabocas	1	Gustavo Sanchez
5					28/10	Termometro	1	Gustavo Sanchez
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Gustavo Sanchez

CEDULA No: 1016021481

Ingeniería & Proyectos

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Cus Giovanny Arrtodo	CEDULA No.	1054681093
FECHA:	CARGO		FECHA INGRESO:

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/10	Casco	1	
2					05/10	Tapabocas	1	
3					05/10	Guantes	1	
4					05/10	Overol	1	
5					13/10	Tapabocas	1	
6					21/10	Tapabocas	1	
7					21/10	overol	1	
8					21/10	Termometro	1	
9					21/10	Guantes	1	
10					29/10	Tapabocas	1	
11					29/10	Botas seguridad	1	
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1054681093

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Fabian Chacon			CEDULA No.	1126123918
FECHA:		CARGO	almacenista	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1					05/10	Gafas	1	
2					05/10	Guantes	1	Fabian Chacon
3					05/10	Tapabocas	1	
4					05/10	Tapabocas	1	Fabian Chacon
5					05/10	Botas Seguridad	1	
6					13/10	Tapabocas	1	
7					17/10	Tapabocas	1	Fabian Chacon
8					28/10	Tapabocas	1	
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Fabian Chacon
CEDULA No:	1126123918.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Reiner Coppaza			CEDULA No.	1002318347
FECHA:	28/10/20	CARGO	Ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				28/10/20	Overol	1	
2						guantes	1	
3						casco	1	
4						Tapabocas	1	
5					9/10/20	Tapabocas	1	
6					16/10/20	Tapabocas	1	
7					22/10/20	Gabanes	1	
8						Termometro	1	
9						Overol	1	
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	
CEDULA No:	1002318347

Retirado

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Robert Quiroz			CEDULA No.	1007045877
FECHA:	2/10/20	CARGO	ayudante	FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		X			9/10/20	Tapabocas	1	Robert A.
2					14/10/20	Tapabocas	1	Robert A.
3					20/10/20	Termometro	1	Robert A.
4					22/10/20	Guantes	1	Robert A.
5					22/10/20	Tapabocas	1	Robert A.
6					28/10/20	tapabocas	1	Robert A.
7					9/10/20	Overol	2	Robert A.
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Robert A.
CEDULA No:	1007045877

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Jaider perez	CEDULA No.	1003 779836
FECHA:	19 octubre	CARGO	Ayudante
		FECHA INGRESO:	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X					tapabocas	1	Jaider perez
2						Gafas	1	Jaider Perez
3						guantes	1	Jaider Perez
4						overol	1	Jaider Perez
5					19/10/20	tapabocas	1	Jaider Perez
6					20/10/20	Tapabocas	1	Jaider Perez
7					20/10/20	Telamonetro	1	Jaider Perez
8					21/10/20	Guantes	1	Jaider Perez
9					21/10/20	Overol	1	Jaider perez
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	Jaider Perez
CEDULA No: 1003 779836	

Retirado

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: luis Hoyos | CEDULA No.: 1002[illegible] | FECHA INGRESO: 9/10/20

FECHA: 9/10/20 | CARGO: [illegible]

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	X				9/10/20	[illegible]	2	
2						[illegible]	1	
3						[illegible]	1	
4						[illegible]	1	luis Hoyos
5						[illegible]	1	luis Hoyos
6						[illegible]		
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art 56 y Art 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979 Art 88 DECRETO 1295 DE 1994 Art 22 Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: luis Hoyos

CEDULA No: 1002[illegible]

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION (ROPA DE TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE				CEDULA No.	
FECHA:		CARGO		FECHA INGRESO.	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	INGRESO	PERIODICOS	DETERIORO	PERDIDA	FECHA	DESCRIPCION EPP	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	√							
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994 Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la IM GRAG SAS

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:	
CEDULA No:	

ANEXO 17. BIOSEGURIDAD

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Camion Carga 520318

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Gel antibacterial	1	1			
2	Hipoclorito		1			
3	Alcohol 70%		1			
4						
5						
6						
7						
8						

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Fabian Shacin

CEDULA No: 1126 723418

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Camioneta WPL 973

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Gel Antibacterial					
2	Hipoclorito					
3	Alcohol 70%					
4						
5						
6						
7						
8						

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Michael Hurtado

CEDULA No: 1074272760

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Calle 183.

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Tanque de agua	1	1			
2	Bate	1	1			
3	Gel antibacterial	1	1			
4	Jabón antibacterial	1	1			
5	alcohol al 70%.	1	1			
6	Rollo de toallas de Papel	1	1			
7	Hipoclorito	1	1			
8	Detergente	1	1			

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Estiverson Olivero

CEDULA No: 91536053

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Kra 73 calle 26 Sur

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Tanque de agua	1	1			
2	Bate	1	1			
3	Gel antibacterial	1	1			
4	Jabón antibacterial	1	1			
5	alcohol al 70%.	1	1			
6	Toallas de papel	1	1Paquete.			
7	Hipoclorito	1				
8	Detergente.					

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Adrian Vloche.

CEDULA No: 80032500

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Kra 92 cll 158 Suba

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Tanque de agua	1	1			
2	Base	1	1			
3	Gel antibacterial	1	1			
4	alcohol al 70%	1	1			
5	Paquete Toallas de papel	1	1 Paquete.			
6	Hipoclorito	1				
7	Detergente	1				
8						

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Juan Rafael Diaz M

CEDULA No: 1024499395.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DE KIT DE BIOSEGURIDAD

DIRECCION INSTERSECCIÓN: Av Boyaca cll 60C Sur

INSUMOS DE BIOSEGURIDAD ENTEGADOS

ITEM	INSUMO	UNIDAD	CANTIDAD	FECHA	ENTREGA INICIAL	RECARGA
1	Tanque de agua	1	1			
2	Base	1	1			
3	Gel antibacterial	1	1			
4	alcohol al 70%	1	1			
5	Paquete de toallas	1	1 Paquete			
6	Hipoclorito	1				
7	Detergente.	1				
8						

COMPROMISO

Quien recibe se compromete a velar por el correcto uso de los insumos de bioseguridad suministrados para cada frente de obra

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 9155605 3

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
NIT: 830.123.577-7

Bogotá D.C. 10 de Octubre del 2020

ACUERDO DE PRESTAMO DE BAÑO

El presente acuerdo se celebra y entra en vigor el 10 de Octubre del 2020, hasta el día 3 de Noviembre del 2020.

ENTRE: **AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S.**
NIT: 830.123.577-7

Y: Panadería Monte
Luis Ruiz

Para que se realice el préstamo del servicio de baños al personal que trabaja en la obra ubicada en la Cll 26 Sur 72D 38, esto con el fin de que la empresa AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S. garantice el servicio de baño.

Nombre: LUIS A RUIZ
Cedula: 3133768771

Nombre: ROSALVO SANCHEZ
Cedula: 1016021481

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

uimiento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un
ir la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
					Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
0	Gonzalo Garcia	80739897	362	363	—	—			NO		—	—		NO	SI	/	
0			353	362		—	—		NO		—	—		NO	SI		
0			313	362		—	—		NO		—	—		NO	SI	/	
0			341	333			—	—	NO		—	—		NO	SI		
0			361	341			—	—	NO		—	—		NO	SI		
20			332	336			—	—	NO		—	—		NO	SI	/	
0			336	362			—	—	NO		—	—		NO	SI		
			342	359			—	—	NO		—	—		NO	SI	/	
00			358	356			—	—	NO		—	—		NO	SI		
0																	

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

guimiento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un nir la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivilantes de las empresas.

A	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos síntomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
					Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
50	Maria Camila G	1019079600	36.3	36.9	N	N	N	N	N	N	N	N	N	NO	SI		
0	"	1019079600	36.7	36.8				NO									
6	Maria camila G.	1019079600	36.2	36.5				NO									
9	"	1019079600	36.2	36.9				NO									
10	"	"	36.2	37				NO									
51	"	"	"	37.1	36.1				NO								
29	"	"	"	36.4	36.4				NO								
23	"	"	"	36.3	36.3				NO								
55	"	"	"	36.2	36.5				NO								
49	"	"	"	36.7	36.3				NO								
40	"	"	"	36.8	36.8				NO								
08	"	"	"	37	36.4				NO								
33	"	"	"	36.9	36.4				NO								
02	"	"	"	36.3	36.5				NO								
03	"	"	"	36.4	36.8				NO								
00	"	"	"	36.7	36.2				NO								
01	"	"	"	37	36.5				NO								

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

eguimiento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se deba continuar con un
enir la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

A	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
					Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
72	Manacam	1019079604	36,6	37				NO						NO	SI		
75	"	1019079604	37	36,3				NO									
03	"	1019079604	36,3	36,2				NO									
01	"	"	36,4	36,5				NO									
05	"	"	"	36,1				NO									
	"	"	"	35,3				NO									
	"	"	"	36,2				NO									
	"	"	"	36,5				NO									
	"	"	"	36,3				NO									
	"	"	"	36,1				NO									
	"	"	"	35,9				NO									
	"	"	"	36,6				NO									
	"	"	"	36,2				NO									
	"	"	"	36,4				NO									
	"	"	"	36,2				NO									

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

Frente a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un
la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?										¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea					
Carolina Jena		35.6	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.1	36	—	—	—	—	—	NO	—	—	—		NO	SI		
		35.6	35.7	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.7	35.8	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.1	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.6	36.1	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.6	36.2	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.7	35.8	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.1	35.7	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.7	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.1	35.7	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.4	36.1	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.3	36.2	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.3	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36.6	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		35.4	36	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		
		36	36.1	—	—	—	—	NO	—	—	—	—		NO	SI		

ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19

ACARTADO

2020-05-27

Teniendo en la población trabajadora que ha regresado a cumplir sus labores se diligencie el siguiente formato, en el cual se tendrán en cuenta los síntomas asociados a el COVID 19 ya que dado caso de presentarlos se debe [illegible] y la propagación de la enfermedad y preservar la salud de todos los trabajadores y visitantes de las empresas

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos síntomas en las últimas 24 horas? Fiebre	Tos	Dolores musculares	Dolor de cabeza	Malestar general	Dificultad respiratoria	Ardores	Secreciones nasales	Otros	¿Ha estado en contacto con alguien que presente los síntomas señalados en las ultimas 24 horas? (SI o NO)	¿ Realizo el lavado y desinfección de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? (SI o NO)	Firma del trabajador	Firma del evaluador
[illegible]								NO					NO	SI		
								NO					NO	SI		
								NO					NO	SI		
													NO	SI		
								NO					NO	SI		
								NO					NO	SI		
								NO					NO	SI		
								NO								

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

iento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un
propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Oscar G. Valbuena M.	79220093	36.4	36.3					NO					NO	SI		
		36.3	36.2					NO					NO	SI		
		36.4	36.1					NO					NO	SI		
		36	36.1					NO					NO	SI		
		36.1	36.3					NO					NO	SI		
		36.1	36					NO					NO	SI		
		35.2	36.1					NO					NO	SI		
		35.6	36.6					NO					NO	SI		
		35.8	36.3					NO					NO	SI		
		36.1	35.2					NO					NO	SI		
		36.2	36.1					NO					NO	SI		
		36.3	35.8					NO					NO	SI		
		35.1	35.8					NO					NO	SI		
		35.8	36.1					NO					NO	SI		
		36.3	36.6					NO					NO	SI		
		36.2	36.1					NO					NO	SI		
		36.4	36.1					NO					NO	SI		

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

lento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

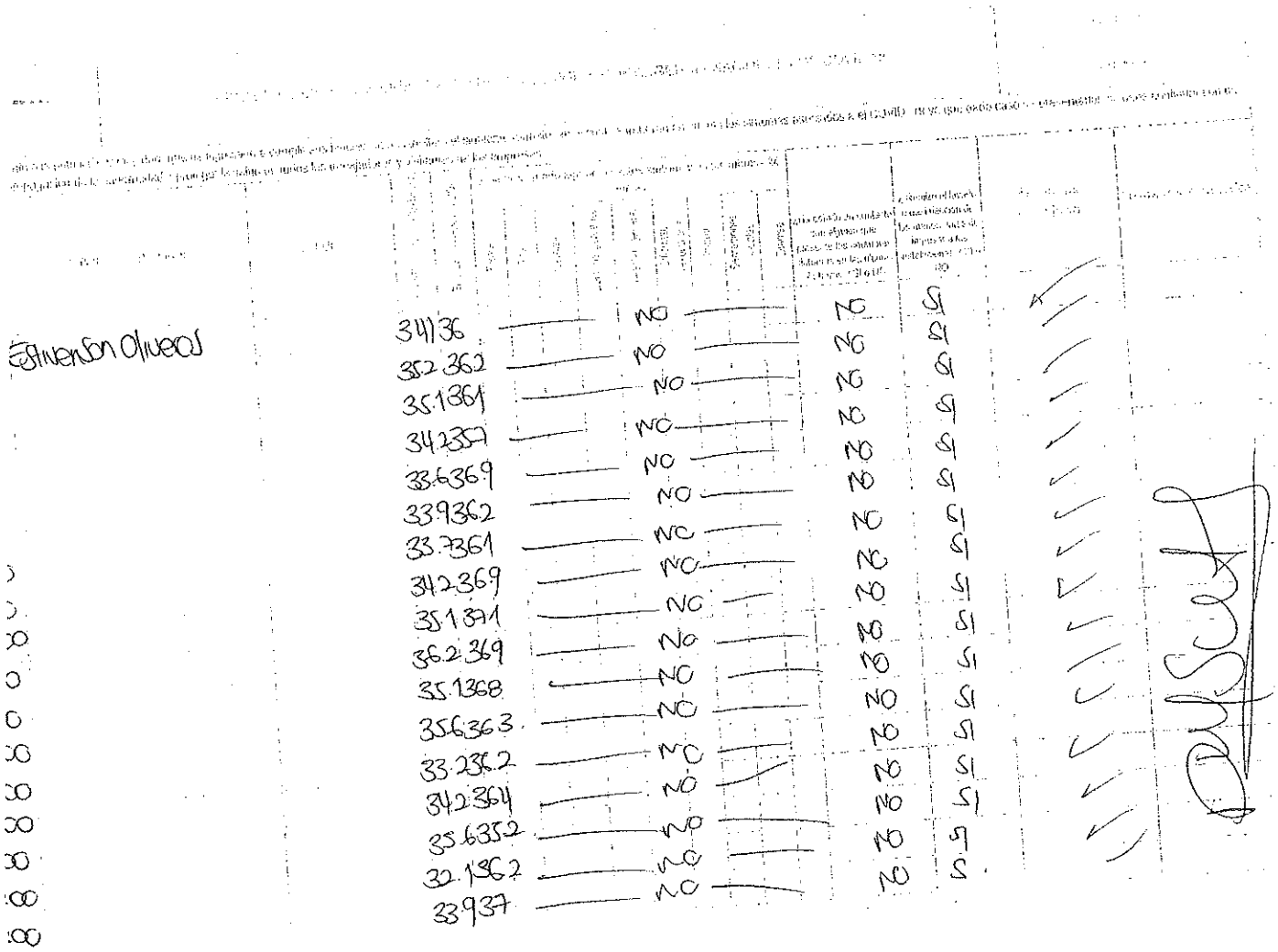
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Oscar Valles H.	79272004 3	363	367				NO						NO	SI		
		366	364				NO						NO	SI		
		365	367				NO						NO	SI		
		36	35				NO						NO	SI		
		351	361				NO						NO	SI		
		362	365				NO						NO	SI		
		361	366				NO						NO	SI		
		362	369				NO						NO	SI		

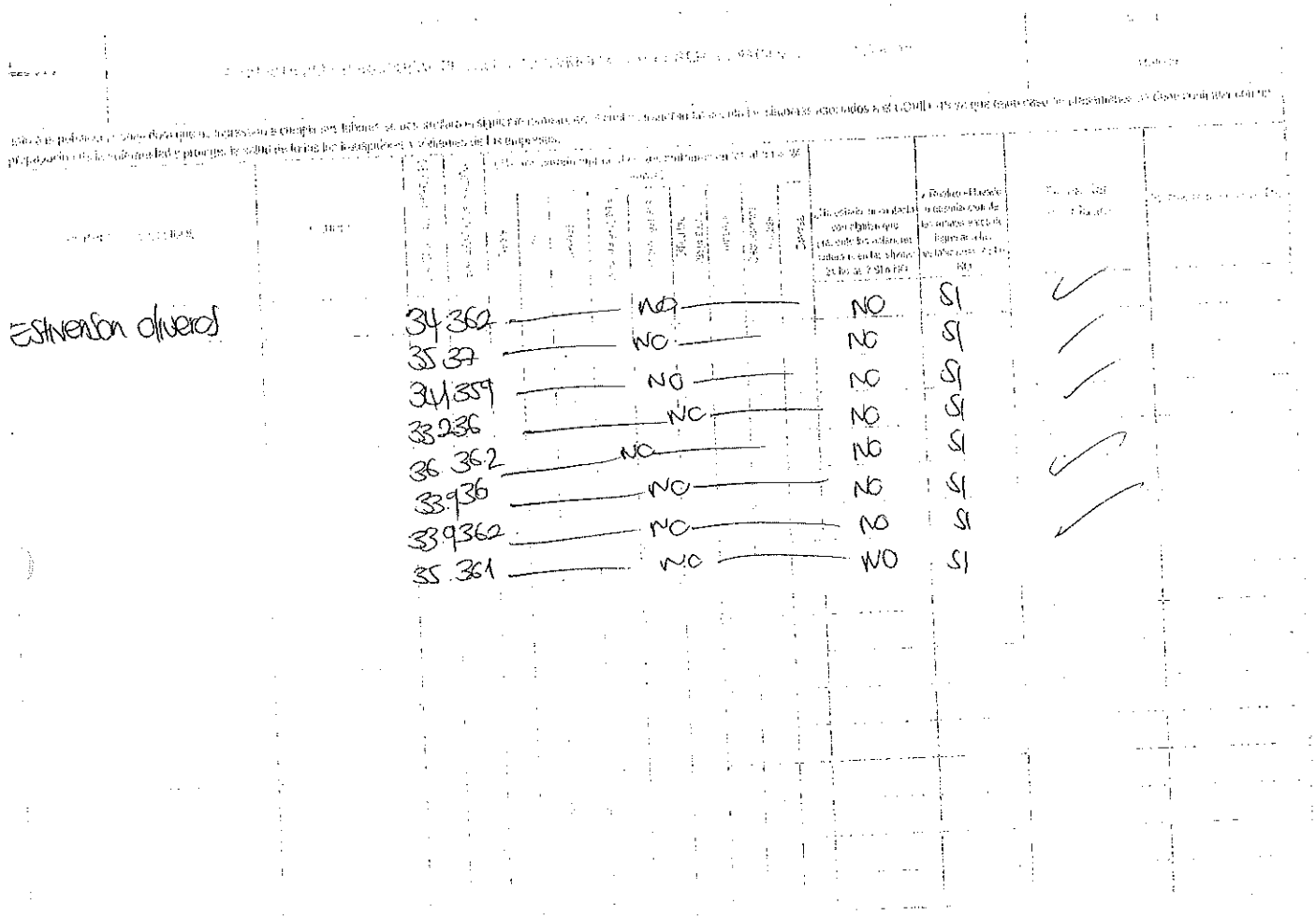
Adrian Ueche

357 359	NO	NO	SI
37.1 37	NO	NO	SI
36 36.2	NO	NO	SI
35.6 36	NO	NO	SI
34.3 35.4	NO	NO	SI
35.6 35.1	NO	NO	SI
33.2 36	NO	NO	SI
35 35.7	NO	NO	SI
34.8 35.6	NO	NO	SI
35.7 36	NO	NO	SI
31.3 37	NO	NO	SI
35.1 36	NO	NO	SI
36.2 35.3	NO	NO	SI
34.3 34.5	NO	NO	SI
35.6 33.7	NO	NO	SI
34.8 36.2	NO	NO	SI
33.3 35.7	NO	NO	SI

Adrian Ueche

36 86	NO	NO	SI
333326	NO	NO	SI
343342	NO	NO	SI
345356	NC	NO	SI
356355	NO	NO	SI
362362	NC	NO	SI
342339	NO	NO	SI
55.136	NC	NO	SI


Extensión chuecos
34136 NO NO SI
352362 NO NO SI
351361 NO NO SI
342359 NO NO SI
336369 NO NO SI
339362 NO NO SI
337361 NO NO SI
342369 NO NO SI
351371 NO NO SI
362369 NO NO SI
351368 NO NO SI
356363 NO NO SI
332362 NO NO SI
342364 NO NO SI
356352 NO NO SI
321362 NO NO SI
33937 NO NO



Extension denied

34362	NO	NO	SI	✓
3537	NO	NO	SI	✓
34359	NO	NO	SI	✓
33236	NO	NO	SI	
36362	NO	NO	SI	✓
33936	NO	NO	SI	
339362	NO	NO	SI	✓
35361	NO	NO	SI	

Jesus Orango

36 33 59	NO	NO	SI
34.6 35 3	NO	NO	SI
35 8 36.1	NO	NO	SI
35.7 35 2	NO	NO	SI
34.2 35.2	NO	NO	SI
36 32 5	NO	NO	SI
33 2 35.6	NO	NO	SI
34.9 35.7	NO	NO	SI
36 1 36.1	NO	NO	SI
33.7 36	NO	NO	SI
34 2 35.6	NO	NO	SI
33.1 34.2	NO	NO	SI
34.2 35.1	NO	NO	SI
36 36	NO	NO	SI
36 36.2	NO	NO	SI
33.1 33.4	NO	NO	SI
34.5 36.1	NO	NO	SI

Jesus Urango

347352	NO	NO	SI	
33.4342	NO	NO	SI	
35 354	NO	NO	SI	
352352	NO	NO	SI	
342356	NO	NO	SI	
361367	NO	NO	SI	
33436	NO	NO	SI	
329356	NO	NO	SI	

Heiner Navarro

341362	NO	NO	SI	✓
352351	NO	NO	SI	✓
361362	NO	NO	SI	✓
35.136	NO	NO	SI	✓
35 37	NO	NO	SI	✓
353361	NO	NO	SI	✓
352 36	NO	NO	SI	✓
354 37	NO	NO	SI	✓
332363	NO	NO	SI	✓
341364	NO	NO	SI	✓
351362	NO	NO	SI	✓
346343	NO	NO	SI	✓
332352	NO	NO	SI	✓
36 361	NO	NO	SI	✓
35.136	NO	NO	SI	✓
342371	NO	NO	SI	✓
351362	NO	NO	SI	✓

Hener Navarro

35 2357	NO	NO	SI	
34 1361	NO	NO	SI	
35 237.1	NO	NO	SI	
36 366	NO	NO	SI	
34 367	NO	NO	SI	
33336	NO	NO	SI	
32.935	NO	NO	SI	

Douglas Leon

32535	NO	NO	SI
343357	NO	NO	SI
35836	NO	NO	SI
357361	NO	NO	SI
36 363	NO	NO	SI
3436	NO	NO	SI
353357	NO	NO	SI
35836	NO	NO	SI
351551	NO	NO	SI
34736	NO	NO	SI
358371	NO	NO	SI
348362	NO	NO	SI
357362	NO	NO	SI
372356	NO	NO	SI
35636.1	NO	NO	SI
35036	NO	NO	SI

Douglas León

356 332	NO	NO	SI
343353	NO	NO	SI
36236.1	NO	NO	SI
347356	NO	NO	SI
33436	NO	NO	SI
353367	NO	NO	SI
33634	NO	NO	SI
343556	NO	NO	SI

Edicxón Anores.

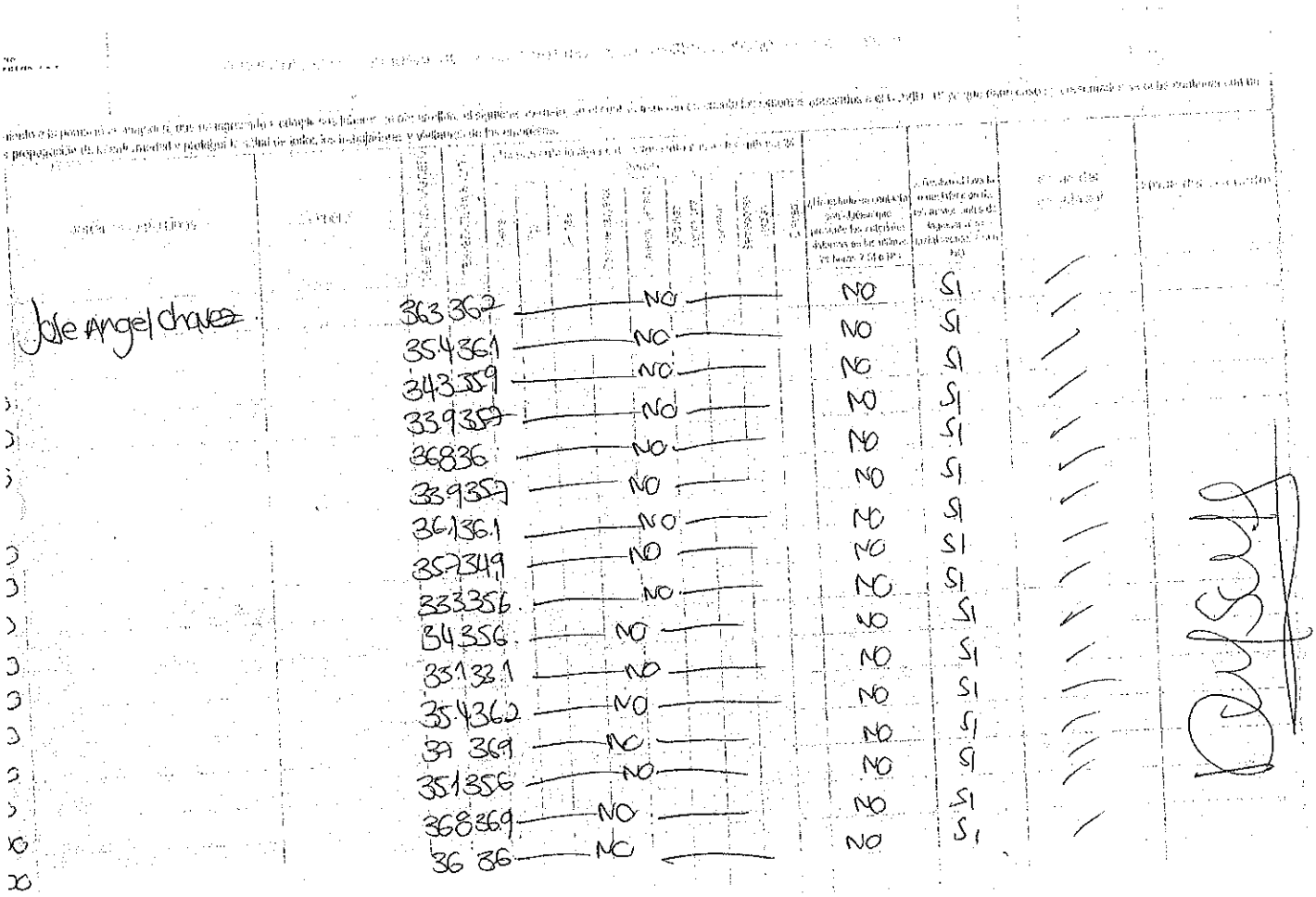
353 353	NO	NO	SI	
352 36	NO	NO	SI	
34.735.1	NO	NO	SI	
34.1.35.1	NO	NO	SI	
82385	NO	NO	SI	
84 36	NO	NO	SI	
351353	NO	NO	SI	
352-36	NO	NO	SI	
34336	NO	NO	SI	
343361	NO	NO	SI	
352856	NO	NO	SI	
34235	NO	NO	SI	
33.936	NO	NO	SI	
34.236	NO	NO	SI	
33.9371	NO	NO	SI	
34.186	NO	NO	SI	

Edixon Alvarez

356319	NO	NO	SI	✓
36362	NO	NO	SI	✓
347736	NO	NO	SI	✓
336359	NO	NO	SI	✓
33736	NO	NO	SI	✓
342357	NO	NO	SI	✓
36362	NO	NO	SI	✓
342359	NO	NO	SI	✓

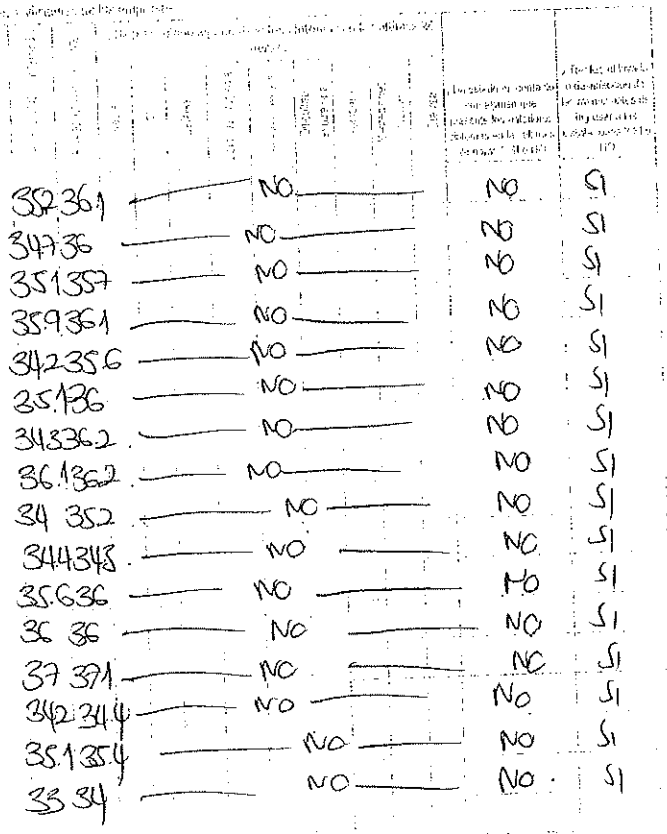
Fredy Rodriguez

35.635.7	NO		NO	SI
34336	NO		NO	SI
34.136.1	NO		NO	SI
35.335.	NO		NO	SI
323.314	NO		NO	SI
33.435.1	NO		NO	S
332.351	NO		NO	SI
862.341	NO		NO	SI
836.846	NO		NO	SI
332.832	NO		NO	SI
351.353	NO		NO	SI
354.343	NO		NO	SI
382.353	NO		NO	SI
362.361	NO		NO	SI
35136	NO		NO	SI
35.346	NO		NO	SI
36.361	NO		NO	SI


Jde Angel Chavez
363362 NO NO SI
354361 NO NO SI
343359 NO NO SI
339359 NO NO SI
36836 NO NO SI
339357 NO NO SI
361361 NO NO SI
352349 NO NO SI
333356 NO NO SI
334356 NO NO SI
351321 NO NO SI
354362 NO NO SI
39 369 NO NO SI
351356 NO NO SI
368369 NO NO SI
36 36 NO NO SI

José Angel Chavez	31534	NO	NO	SI		
	35235	NO	NO	SI		
	35336	NO	NO	SI		
	36 36	NO	NO	SI		
	31537	NO	NO	SI		
	35836	NO	NO	SI		
	357359	NO	NO	SI		
	35935	NO	NO	SI		

Juan Diaz



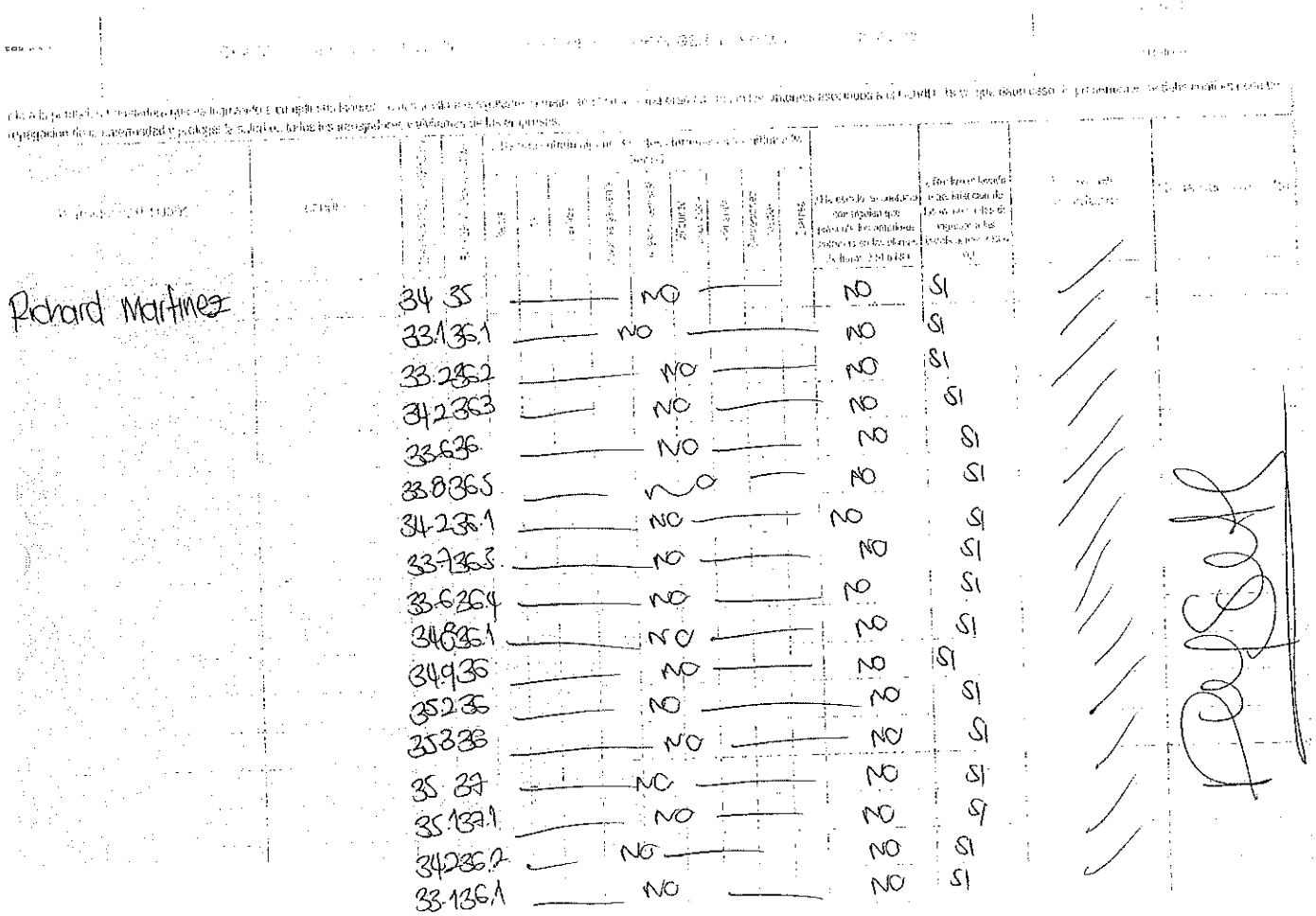
352.361	NO	NO	SI
347.36	NO	NO	SI
351.357	NO	NO	SI
359.361	NO	NO	SI
342.356	NO	NO	SI
35.136	NO	NO	SI
34.336.2	NO	NO	SI
36.362	NO	NO	SI
34 352	NO	NO	SI
344.348	NO	NO	SI
35.636	NO	NO	SI
36 36	NO	NO	SI
37 371	NO	NO	SI
342.344	NO	NO	SI
351.354	NO	NO	SI
33 34	NO	NO	SI

Juan Diaz

37 371	NO	NO	SI	✓
35 37	NO	NO	SI	✓
34 357	NO	NO	SI	✓
33 349	NO	NO	SI	✓
31 235-7	NO	NO	SI	✓
35 36	NO	NO	SI	✓
358 357	NO	NO	SI	✓
36 362	NO	NO	SI	✓

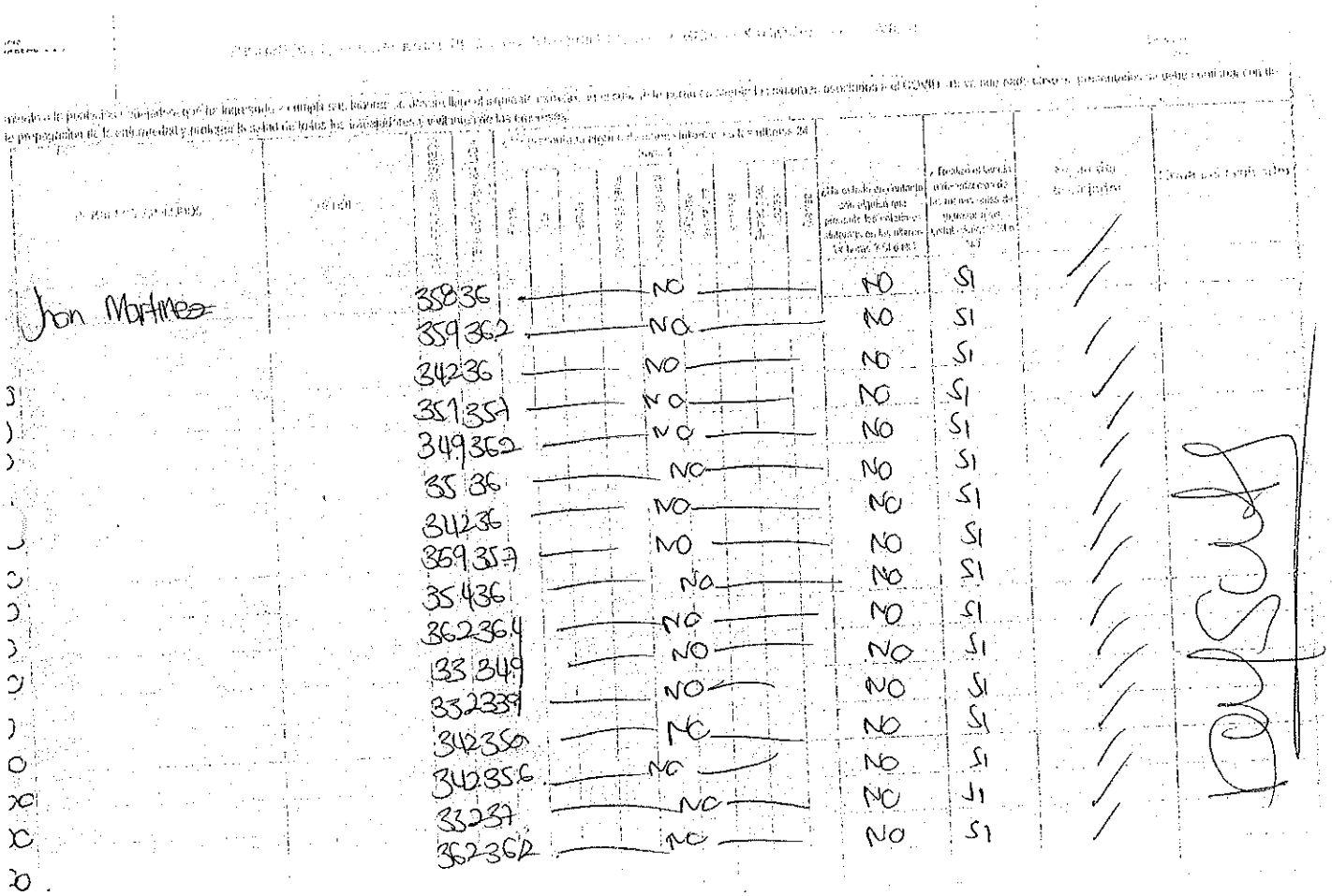
Mon valencia	1043842534	36.1 B52	NO	NO	SI	✓	
		34.2 36	NO	NO	SI	✓	
		35 36.2	NO	NO	SI	✓	
		55 36.1	NO	NO	SI	✓	
		345367	NO	NO	SI	✓	
		35.2359	NO	NO	SI	✓	
		35.536.2	NO	NO	SI	✓	
		33.2 36.1	NO	NO	SI	✓	
		34836	NO	NO	SI	✓	
		34736	NO	NO	SI	✓	
		35.237	NO	NO	SI	✓	
		35.6361	NO	NO	SI	✓	
		35.2362	NO	NO	SI	✓	
		34.1 361	NO	NO	SI	✓	
		336.362	NO	NO	SI	✓	
		342365	NO	NO	SI	✓	
		35.6362	NO	NO	SI	✓	

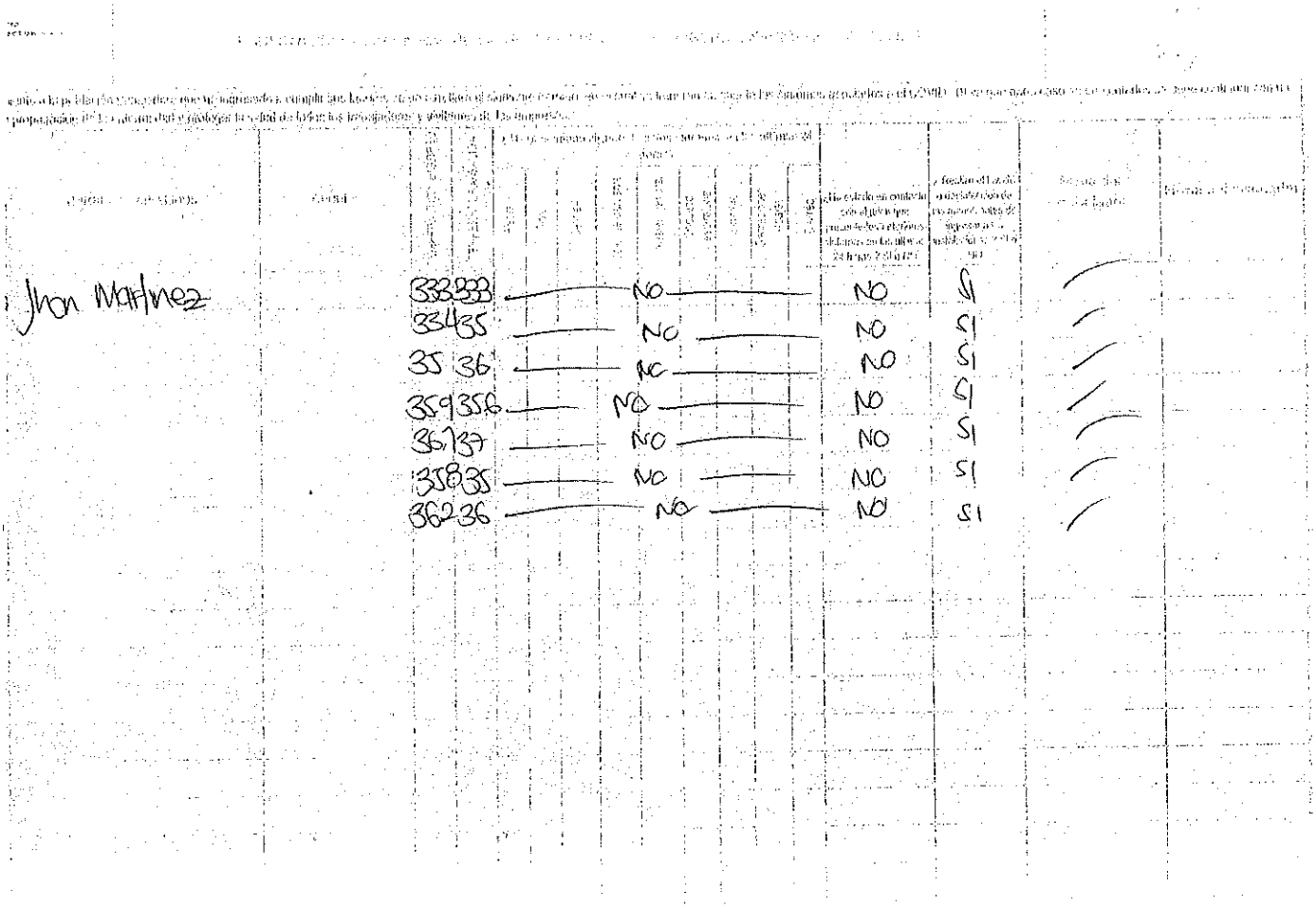
Jhon valencia	1043842534	35.236.1	NO	NO	SI	✓
		35.136.3	NO	NO	SI	✓
		35.735.7	NO	NO	SI	✓
		34.636.2	NO	NO	SI	✓
		35.237	NO	NO	SI	✓
		343.36.7	NO	NO	SI	✓
		35.236.1	NO	NO	SI	✓
		35. 36.2	NO	NO	SI	✓


Richard Martinez
34 35 NO NO SI
33.135.1 NO NO SI
33.2852 NO NO SI
34.2363 NO NO SI
33.636 NO NO SI
33.8365 NO NO SI
34.238.1 NO NO SI
33.7353 NO NO SI
33.636.4 NO NO SI
34.835.1 NO NO SI
34.935 NO NO SI
35.235 NO NO SI
35.335 NO NO SI
35.37 NO NO SI
35.137.1 NO NO SI
34.236.2 NO NO SI
33.136.1 NO NO SI

Richard Martinez

35.35	NO	NO	SI	
35.350	NO	NO	SI	
34.235.2	NO	NO	SI	
36.137.1	NO	NO	SI	
35.2.37	NO	NO	SI	
33.236.1	NO	NO	SI	
33.835.2	NO	NO	SI	
34.936.1	NO	NO	SI	


Jon Martinez
358 36 NO NO SI
359 362 NO NO SI
34236 NO NO SI
351 354 NO NO SI
349 362 NO NO SI
35 36 NO NO SI
34236 NO NO SI
359 357 NO NO SI
35436 NO NO SI
362364 NO NO SI
33 349 NO NO SI
332339 NO NO SI
342356 NO NO SI
342356 NO NO SI
33237 NO NO SI
362362 NO NO SI


Jhon Martinez
NO
NO
SI
NO
NO
SI
NO
NO
SI
NO
NO
SI
NO
NO
SI
NO
NO
SI
NO
NO
SI

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

iento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un
propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos síntomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores síntomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Robert Arroz	1007015877	362	363	—	—		NO		—	—			NO	SI	✓	
		366	361		—		NO		—				NO	SI		
		363	364		—		NO			—			NO	SI		
		362	363		—		NO			—			NO	SI	✓	
		363	362		—		NO			—			NO	SI		
		363	367		—		NO		—				NO	SI	✓	
		365	366		—		NO		—				NO	SI		
		341	36		—		NO			—			NO	SI		
		339	361		—		NO			—			NO	SI	✓	
		332	341		—		NO			—			NO	SI		
		361	356		—		NO			—			NO	SI	✓	
		332	331		—		NO			—			NO	SI		
		331	331		—		NO			—			NO	SI		
		321	32.		—		NO			—			NO	SI	✓	
		361	363		—		NO			—			NO	SI		
		342	341		—		NO			—			NO	SI		
		33	34		—		NO			—			NO	SI		

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

...imiento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un ... la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Rafael Muñoz	1007048877	363	33		—	—	NO			—			NO	SI		
		361	363		—	—	NO			—			NO	SI		
		362	363		—	—	NO		—	—			NO	SI		
		362	361		—	—	NO			—			NO	SI		
		363	361		—	—	NO			—			NO	SI		
		337	361		—	—	NO			—			NO	SI		
		347	361		—	—	NO			—			NO	SI		

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-23-5
		2020-05-27

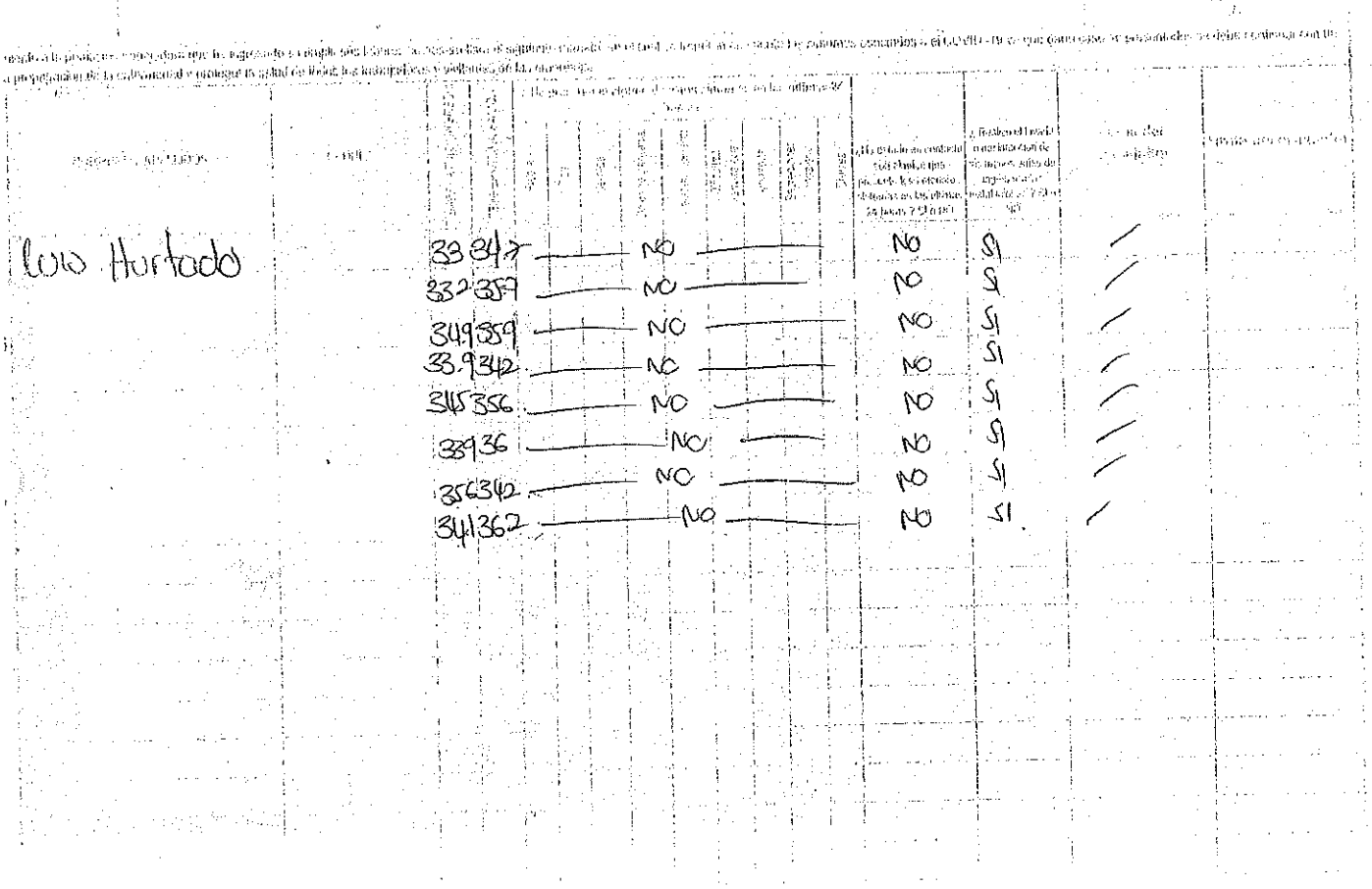
miento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe contactar con un
la propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos síntomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguen que presente los anteriores sintomas en las ultmas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Gustavo Sanchez		35.1	348					NO					NO	SI	✓	
		36.2	367					NO					NO	SI	✓	
		356	36					NO					NO	SI	✓	
		35.1	358					NO					NO	SI	✓	
		35.3	36					NO					NO	SI	✓	
		35.1	354					NO					NO	SI	✓	
		35.7	358					NO					NO	SI	✓	
		34.4	35.2					NO					NO	SI	✓	
		33.7	362					NO					NO	SI	✓	
		34.6	358					NO					NO	SI	✓	
		358	356					NO					NO	SI	✓	
		34.3	35.2					NO					NO	SI	✓	
		36.2	36					NO					NO	SI	✓	
		35.1	35.2					NO					NO	SI	✓	
		34.2	35.3					NO					NO	SI	✓	
		35.2	36					NO					NO	SI	✓	
		35.1	35.7					NO					NC	SI	✓	

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-06-27

ar seguimiento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los síntomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un revenir la propagación de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivilantes de las empresas.

HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos síntomas en las ultimas 24 horas?										¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores síntomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfección de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
					Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea					
00	Gustavo Sanchez		35.6	35.7						NO					NO	SI	✓	
:00			34.4	35.6						NO					NO	SI	✓	
:00			34.5	36.2						NO					NO	SI	✓	
:00			35.6	36.1						NO					NO	SI	✓	
:00			36.1	35.7						NO					NO	SI	✓	
:00			33.2	36						NO					NO	SI	✓	
:00			34.3	36.1						NO					NO	SI	✓	
00			35.7	36.2						NO					NO	SI	✓	


Luis Hurtado
33347 NO NO SI
332359 NO NO SI
349859 NO NO SI
33.9342 NO NO SI
345356 NO NO SI
33936 NO NO SI
356342 NO NO SI
341362 NO NO SI

Cuis Hurtado

342361	NO	NO	SI	✓
33236	NO	NO	SI	✓
35352	NO	NO	SI	✓
342356	NO	NO	SI	✓
332351	NO	NO	SI	✓
34836	NO	NO	SI	✓
359356	NO	NO	SI	✓
348367	NO	NO	SI	✓
352345	NO	NO	SI	✓
34236	NO	NO	SI	✓
35436	NO	NO	SI	✓
30834	NO	NO	SI	✓
351352	NO	NO	SI	✓
351354	NO	NO	SI	✓
327319	NO	NO	SI	✓
3936	NO	NO	SI	✓
		NO	SI	

Ingeniería & Proyectos S.A.S.

Fecha / Hora	Nombre	[illegible]	[illegible]	Síntomas	¿Ha estado en contacto con alguna persona ... 24 horas? SI o NO	¿Realizó el lavado y desinfección de las manos ... al ingresar ...?	[illegible]	Firma
10/20 7:00	Fabian Chacin	33.2	35.6	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.4	35.7	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		35.2	36.1	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.8	35.6	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.5	35.6	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		33.2	36	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		33.9	34.7	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.2	35.7	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		35.1	35.7	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34	36	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		35	36.2	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.2	35.6	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		34.4	35.2	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		35.7	34.2	NO	NO	SI	✓	
10/20 7:00		35.2	35.2	NO	NO	SI		
10/20 7:00		35.1	35.2	NO	NO	SI		
10/20 7:00		36.1	36.1	NO	NO	SI		

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores síntomas en las últimas 24 horas? Sí o no	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Fabian Chacin		35.3	36.2	NO	NO	SI	[signature]	[signature]
		36.1	36	NO	NO	SI	[signature]	[signature]
		36.3	36.7					
		35.3	36.1					
		34.3	36					
		36.3	36.1					

	ENCUESTA PREOPERACIONAL DE SALUD POSTERIOR A CONTINGENCIA NACIONAL POR COVID 19	AC-SST-22-5
		2020-05-27

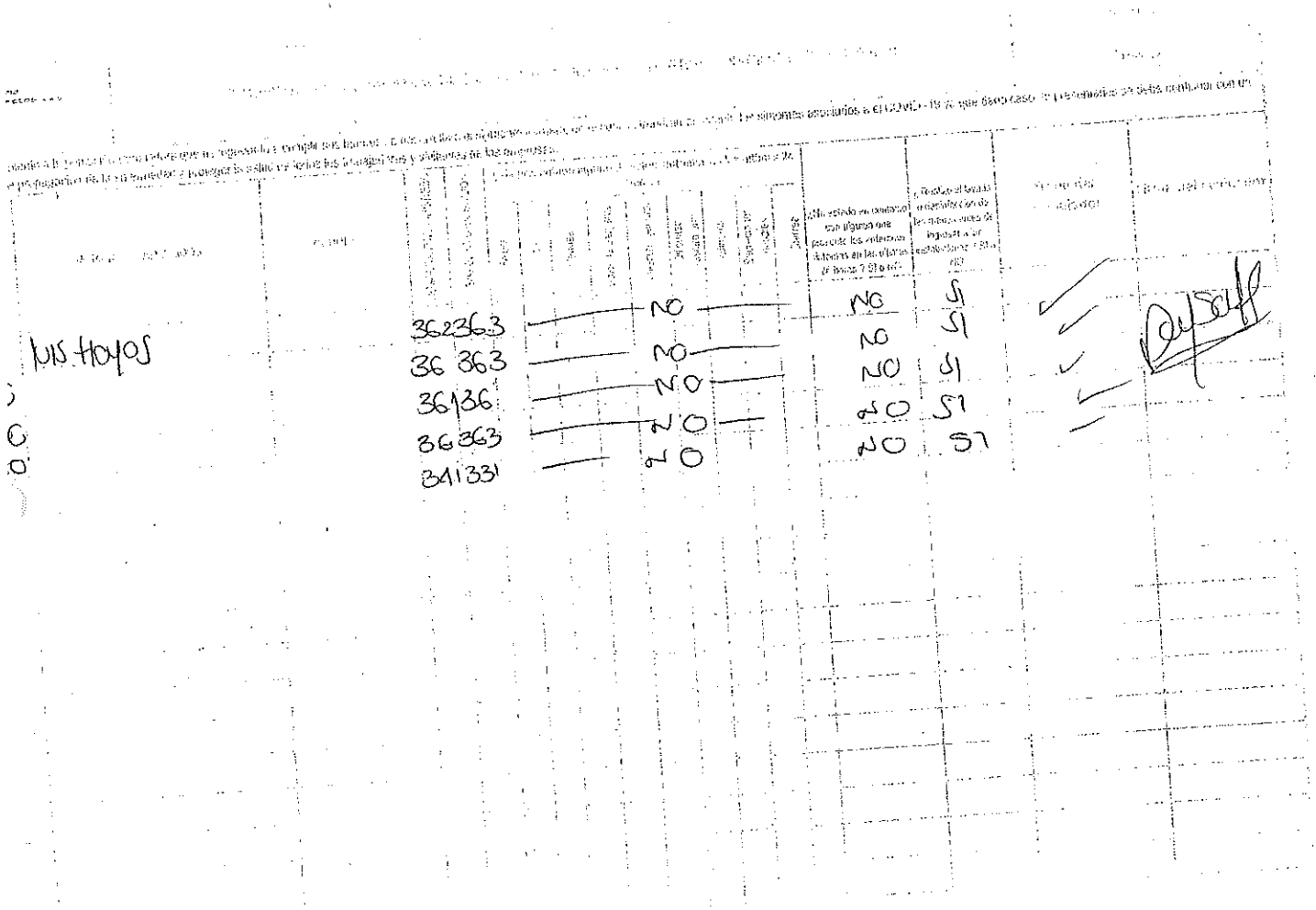
niento a la población trabajadora que ha ingresado a cumplir sus labores se desarrollara el siguiente formato, en el cual se trendran en cuenta los sintomas asociados a el COVID -19 ya que dado caso de presentarlos se debe continuar con un
a propagacion de la enfermedad y proteger la salud de todos los trabajadores y vivitantes de las empresas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	TEMPERATURA INGRESO	TEMPERATURA SALIDA	¿ Ha presentado alguno de estos sintomas en las ultimas 24 horas?									¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores sintomas en las ultimas 24 horas ? SI o NO	¿ Realizo el lavado o desinfeccion de las manos antes de ingresar a las instalaciones ? SI o NO	Firma del trabajador	Firma del evaluador
				Fiebre	Tos	Cefalea	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia	Secreciones nasales	Diarrea				
Keiner Capador	1002318349	367	35					NO					NO	9		
		351	363					NO					NO	SI		
		363	361					NO					NO	SI		
		361	363					NO					NO	SI		
		367	35					NO					NO	SI		
		351	36					NO					NO	SI		
		367	361					NO					NO	SI		
		363	367					NO					NO	SI		
		343	324					NO					NO	SI		
		331	36					NO					NO	SI		
		34	361					NO					NO	SI		
		361	331					NO					NO	SI		
		336	351					NO					NO	SI		

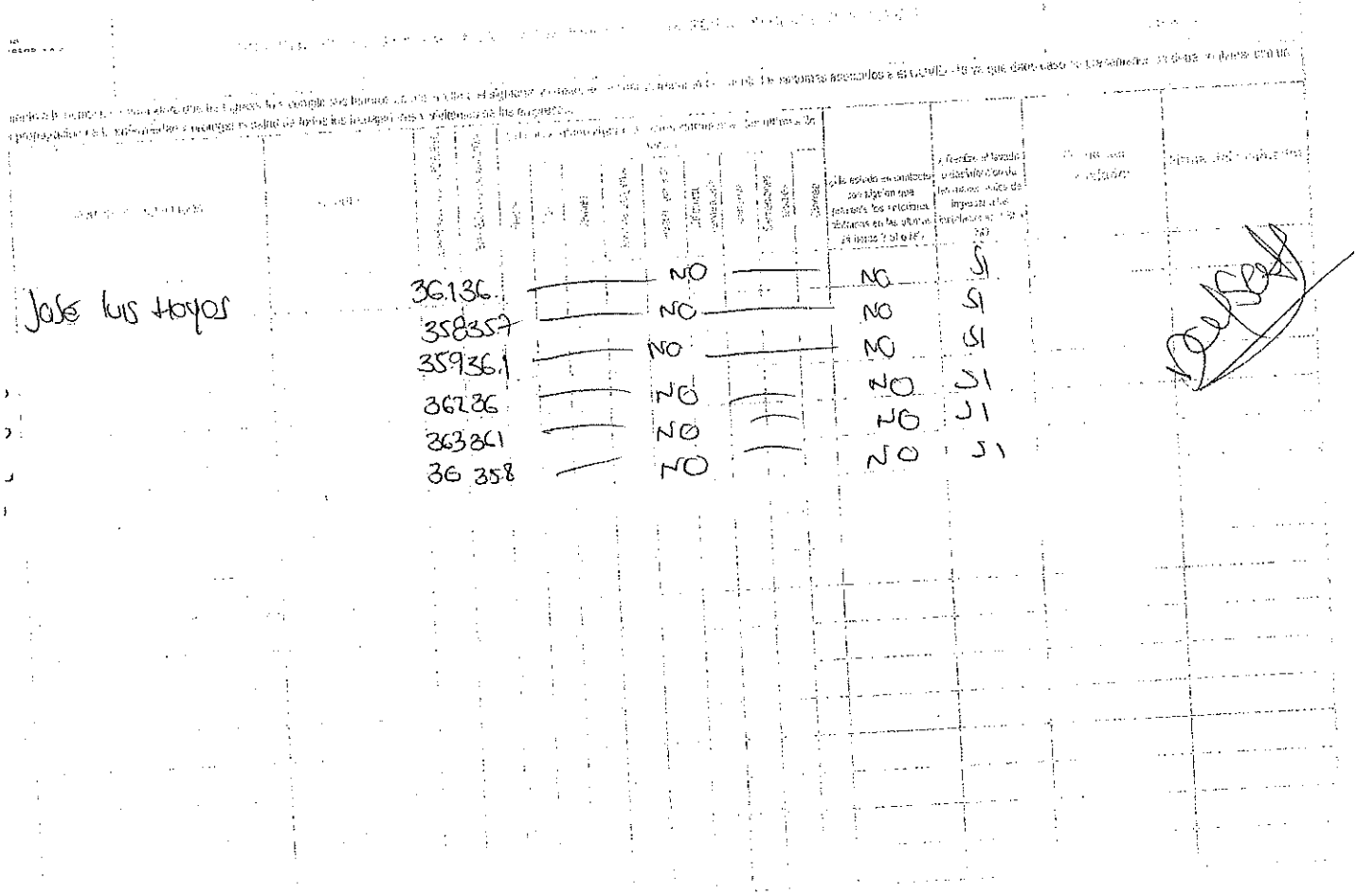
Jaider Perez

342356	NO	NO	SI	
357361	NO	NO	SI	
342362	NO	NO	SI	
35836	NO	NO	SI	
36236	NO	NO	SI	
334351	NO	NO	SI	
341357	NO	NO	SI	
34336	NO	NO	SI	
356362	NO	NO	SI	
357359	NO	NO	SI	
36136	NO	NO	SI	
349357	NO	NO	SI	
35136	NO	NO	SI	





Luis Hoyos	362363	NO		NO	SI	✓	Daisy
	36 363	NO		NO	SI	✓	
	36136	NO		NO	SI	✓	
	36363	NO		NO	SI	✓	
	341331	NO					


Jose luis hoyos
36.136
358357
35936.1
36236
363861
36 358
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
SI
SI
SI
SI
SI

ANEXO 18. FORMATOS DE CALIDAD

FORMATO 01

CORRESPONDENCIA ENVIADA

FECHA ACTUALIZACION: 30-07-2020

PÁGINA: N/A

OBJETO DEL PROYECTO:

CONSECUTIVO No	FECHA (DD-MM-AA)	ENTIDAD	PERSONA	REMITENTE (QUIEN FIRMA)	RADICACION		QUIEN RECIBE / QUIEN CONFIRMA / No. RADICACION	FECHA DE RADICADO (DD-MM-AA)	ASUNTO	LUGAR DE UBICACIÓN NOMBRE DE ARCHIVO Y/O CARPETA
					CORREO	PERSONAL				
N/A	2/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	2/09/2020	Formato informes para aprobacion	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	3/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	3/09/2020	Aprobacion final de formatos	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
AC2R-SEM-87-2020	3/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	3/09/2020	remisión oficio No. AC2R-SEM-87-2020	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-89-2020	4/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	X		Ing. Jorge Garzon	4/09/2020	Programacion de replanteos	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-90-2020	8/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon Ing. Ivan Garcia	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	8/09/2020	solicitud de replanteo	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-91-2020	8/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	8/09/2020	PRESENTACION DE INFORME MENSUAL N°5	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-93-2020	10/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	10/09/2020	Entrega de programaciones de obra	CORRESPONDENCIA II
AC2R-SEM-92-2021	10/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	10/09/2020	Remisión del oficio AC2R-SEM-92-2020	CORRESPONDENCIA II
N/A	23/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	23/09/2020	Registro fotografico que atiende las observacione de señalizacion	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	25/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	25/09/2020	Entrega de obras	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS
N/A	25/09/2020	PIV INGENIERIA	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	x		Ing. Jorge Garzon	25/09/2020	Remision oferta economica	CORRESPONDENCIA ENVIADA CORREOS

	FORMATO 02	
	CORRESPONDENCIA RECIBIDA	FECHA ACTUALIZACION: 30-07-2020 PÁGINA: N/A

OBJETO PROYECTO: "DISEÑO Y CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES PARA NUEVAS INTERSECCION Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACION DE BOGOTA D.C."

FECHA DE RECIBO DOCUMENTO	ENTIDAD QUE EMITE	CONSECUTIVO DE EMISION DE LA ENTIDAD	PERSONA REMITENTE QUIEN FIRMA LA CORRESPONDENCIA	PERSONA A QUIEN VA DIRIGIDA LA CORRESPONDENCIA	ASUNTO	PARA RESPONDER		No. CONSECUTIVO RESPUESTA	FIRMA	LUGAR DE UBICACIÓN NOMBRE DE ARCHIVO Y/O CARPETA
						SI	NO			
1/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Ajuste órdenes de trabajo		x			CORRESPONDENCIA
3/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Requisitos informes	x		2/09/2020		CORRESPONDENCIA
3/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Observaciones formatos	x		3/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
4/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Aprobacion final de formatos	X		4/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
5/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Se solicita oficio que no se encuentra adjunto	X		5/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
7/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	INTERVENCIONES OBRAS CIVILES - contrato 2019 1874		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
5/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	PIV-IMS-20191810-0315	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Contrato de obras civiles 2019-1874. Programación de replanteos de obra.		X			CORRESPONDENCIA II
7/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Alcance del oficio PIV-IMS-20191810-0315		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
7/09/2020	SECRETARIA DE MOVILIDAD	Correo electronico	Ing. Leydy tatiana Borda	Ing. Jorge Garzon	Respuesta correo alcance al oficio PIV-IMS-20191810-0315		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
8/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Lady tatiana Borda	Respuesta al correo respuesta alcance al oficio PIV-IMS-20191810-0315		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
8/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Programacion de replanteo		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
9/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Remision acta de inicio de obras		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
10/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Solicitud de PMT emergencia		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
10/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Confirmacion programacion de obra	X		11/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
11/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Programacion del PAC	X				CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
11/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Luz Dery Vasquez	Ing. Camilo Rosario	PMT por emergencia		x			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
14/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Acta de inicio de obra	x		21/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
16/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Programación replanteo 1575-3001-KR 73 X CL 26 SUR		x			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
22/09/2020	SECRETARIA DE MOVILIDAD	Correo electronico	Ing. Leydy tatiana Borda	Ing. Camilo Rosario	Publicacion RAD-141570,141571,141572,141573,141574,141575-2020		x			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
22/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Invitación: Reunión de seguimiento contrato 2019 1874 mié 23 de sept de 2020 8am - 9:30am		X			CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
22/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	Señalización de obra	X		23/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
25/09/2020	PIV INGENIERIA S.A.S.	Correo electronico	Ing. Jorge Garzon	Ing. Camilo Rosario	PROPUESTA ECONOMICA	X		25/09/2020		CORRESPONDENCIA RECIBIDA CORREOS
29/09/2020	INSTITUTO DISTRITAL DE PATRIMONIO CULTURAL	Correo electronico	Arq. Jimena Perez	Ing. Camilo Rosario	Formulario y lineamientos para radicación de proyectos de Espacio Publico SIC	X		29/09/2020		

Ingeniería & Proyectos S.A.S	CONTROL DE PAGO A PROVEEDORES	FORMATO 08	
		Fecha Actualización : 30/07/2020	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:	ADMINISTRATIVA	CONSECUTIVO	1
PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA N° 2019-1874 "DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES PARA NUESTRAS INTERSECCIONES Y MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS CIVILES PARA EL SISTEMA DE SEMAFORIZACIÓN DE BOGOTÁ D.C."		
ELABORADO POR:	VIVIANA ALEJANDRA GARCIA AVILA		
RECIBE:	FELIPE LOPEZ		

No.	DESCRIPCION DEL PAGO	VALOR DEL PAGO	PROVEEDOR O BENDEFICIARIO	NIT O DOCUMENTO	BANCO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	FECHA DE PAGO
1	AGREGADO Y RETIRO DE ESCOMBROS CONTRATO 2019-1874	$ 4.000.000	RAFAEL ANTONIO TAPIERO	80.372.291	EFECTIVO	N/A	N/A	02/10/20
2	ENTREGA DE MATERIALES: ARENA DE PEÑA, BASE GRANULA, ARENA DE RIO Y GRAVA	$ 8.364.300	RAFAEL ANTONIO TAPIERO	80.372.291	EFECTIVO	N/A	N/A	02/10/20
3	DOTACION: TAPABOCAS CON VALVULA, GUANTES VAQUETA Y OVEROL	$ 1.927.718	CEBCO SAS	900.305.994-5	EFECTIVO	N/A	N/A	16/09/20
4	COMPRA DE CEMENTO TIPO UG EMPACADO X 50KG	$ 2.050.000	CEMENTOS TEQUENDAMA	830.099.238-2	DAVIVIENDA	CORRIENTE	005569999013	19/03/20
5	CEMENTO ARGOS	$ 2.490.075	EASYCEM	900.432.977-9	EFECTIVO	N/A	N/A	14/02/20
6	COMPRA DE BLOQUE 20X35X80, 20X50X80	$ 2.096.250	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
7	BLOQUE SARDINEL A-10	$ 2.182.750	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
8	BLOQUE 20X50X60	$ 612.000	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
9	BLOQUE 20X50X60, 20X35X80, 20X50X80	$ 1.594.125	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
10	BLOQUE 20X35X80, 20X50X80	$ 532.000	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
11	BLOQUE 20X50X60, 20X35X80, 20X50X80	$ 2.101.125	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
12	BLOQUE 20X50X60, 20X35X80, 20X50X80	$ 889.000	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	PAGO A 60 DIAS
13	LOSETA TOPERAL GRIS	$ 3.262.000	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	03/09/20
14	TRANSPORTE PROD.TER	$ 247.500	EL CONDOR	900.137.138-1	BANCOLOMBIA	CORRIENTE	62435283729	03/09/20
15	LADRILLO ADOQUIN 10X20X6 CANELO	$ 1.755.000	CRESPAN	32.304.428	BANCOLOMBIA	AHORROS	33213655430	26/09/20
16	ADAPTADOR TERMINAL CAMPANA 3"	$ 323.781	PVCENTER	900.176.749-8	DAVIVIENDA	CORRIENTE	0473699995462	15/03/20
17	TUBO TELEFONICO TDP 3", ADAPTADOR TERMINAL CAMPANA 3"	$ 4.544.067,36	PVCENTER	900.176.749-8	DAVIVIENDA	CORRIENTE	0473699995462	16/03/20
18	32m3 DE CONCRETO	$ 11.687.998	HORMIGON ANDINO	830.000.213-3	OCCIDENTE	CORRIENTE	242059806	12/03/20
19	83 BOLARDOS M-63 METALICO COLOR GRIS	$ 6.962.040,00	BRAKE PART N.S.C	80166710-5	BANCO DE BOGOTA	AHORROS	025259912	02/10/20
20	52 BOLARDOS M-63 METALICO COLOR GRIS	$ 4.500.000	BRAKE PART N.S.C	80166710-5	BANCO DE BOGOTA	AHORROS	025259912	14/09/20

APROBADO POR: _____

Ingeniería & Proyectos

AC2R INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S

NIT: 830.123.577-7

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
MOVILIDAD
Secretaría de Movilidad

FORMATO 10 RESULTADO ENSAYO DE COMPACTACIÓN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN	3/10/2020	NOMBRE DEL PROYECTO	SEMAFORIZACION 2019-1874
INTERSECCION	**ESQUINA**	**FECHA DE REALIZACION**	**RESULTADOS**
CL 53 X KR 24	SUR OCCIDENTAL	18/09/2020	98,3
	SUR OCCIDENTAL		98,1
	NOR OCCIDENTAL		98,0
CL 53 X KR 7	SUR OCCIDENTAL	22/09/2020	96,4
CL 53 X KR 21	NOR ORIENTAL	24/09/2020	96,7
	SUR ORIENTAL		98,0
CL 53 X KR 20	SUR ORIENTAL	28/09/2020	96,0
	NOR OCCIDENTAL		95,1
	SUR OCCIDENTAL		98,4
	SUR ORIENTAL		98,3
CL 53 X KR 18	SUR OCCIDENTAL	30/09/2020	95,0
	SUR OCCIDENTAL		95,5
	NOR OCCIDENTAL		96,1

FIRMA INTERVENTORIA

FIRMA RESIDENTE DE OBRA

VERSION 1 - V1