- ***Suministro y aplicación de pintura para fachada tipo anti-graffiti Transparente a 3 manos incluye filtros y dilataciones – Casa de la Participación:*** En este periodo; se realizó la pintura de tipo antigraffiti en la fachada sobre la carrera 91 y fachada frontal, esto para proteger la pintura y que no sea afectada por grafitis. Esto se realizó de acuerdo a los requerimientos solicitados por la entidad; dejando intervenidas las fachadas solicitadas en la casa de la participación de suba.



fig.9 Proceso pintura antigraffiti en fachada - casa de la participación

- ***Suministro y aplicación de pintura para fachadas 100% acrílica diluible con agua, de acabado mate, máxima protección contra el ataque de hongos y alta resistencia a la suciedad, a 3 manos – Casa de la Participación:*** En este periodo; se realizó la pintura para fachadas en la fachada sobre la carrera 91 y fachada frontal, esto dentro de las indicaciones requeridas en las evaluaciones preliminares del contrato. Esto se realizó de acuerdo a los requerimientos solicitados por la entidad; dejando pintadas las fachadas solicitadas en la casa de la participación de suba.

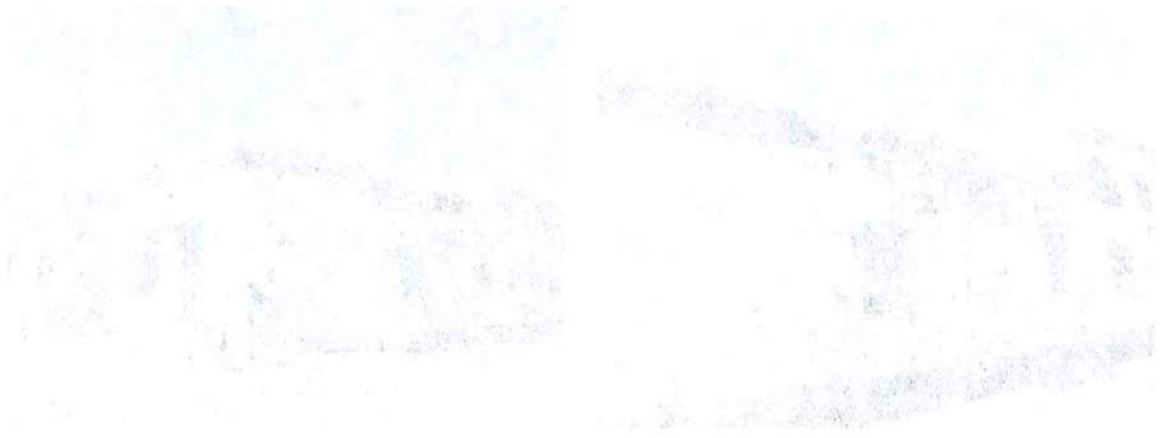


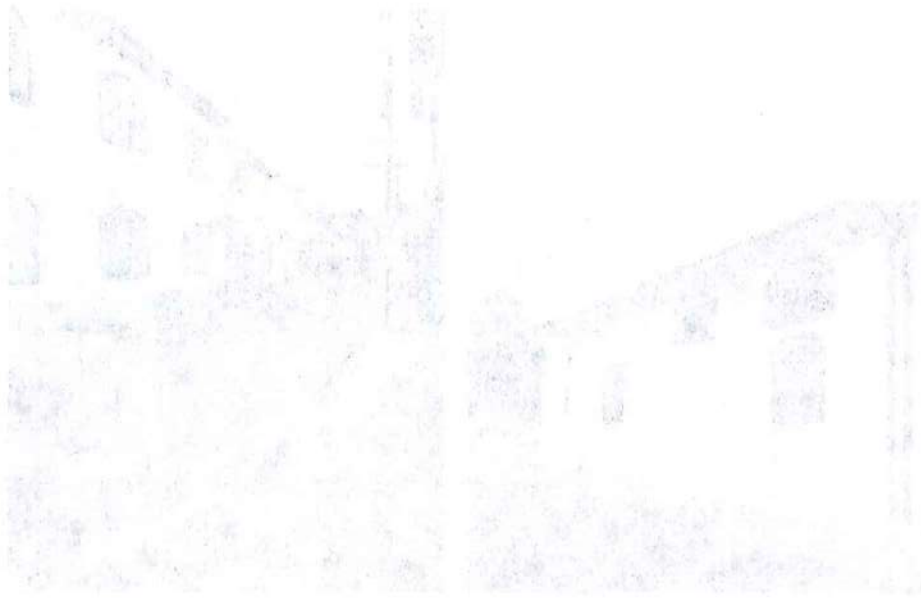


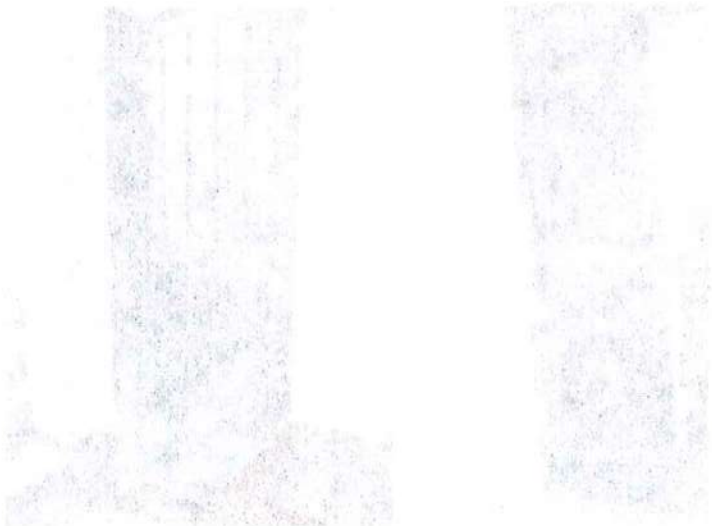
fig.10 Proceso de pintura de fachada - casa de la participación

- ***Suministro y aplicación de pintura en esmalte para puertas metálicas coll rold (incluye marcos de ventanas) – Casa de la Participación:*** En este periodo; se realizó la pintura de puertas de madera y metálicas incluídos los marcos de las mismas. Se realizó limpieza, lijado donde se requería y la aplicación de la pintura de aceite para dar acabado uniforme. Esto se realizó de acuerdo a las necesidades priorizadas al inicio del contrato solicitados por la entidad; dejando pintadas las puertas solicitadas en la casa de la participación de suba.



fig.11 Proceso pintura de puertas - casa de la participación





- ***Suministro y aplicación de pintura de ventanas con estructura enrejado metálico fachada frontal sede alcaldía – Casa de la Participación:*** En este periodo; se realizó la pintura de ventanas de madera y metálicas incluídos los marcos de las mismas y las rejas. Se realizó limpieza, lijado donde se requería y la aplicación de la pintura de aceite para dar acabado uniforme. Esto se realizó de acuerdo a las necesidades priorizadas al inicio del contrato solicitados por la entidad; dejando pintadas las puertas solicitadas en la casa de la participación de suba.

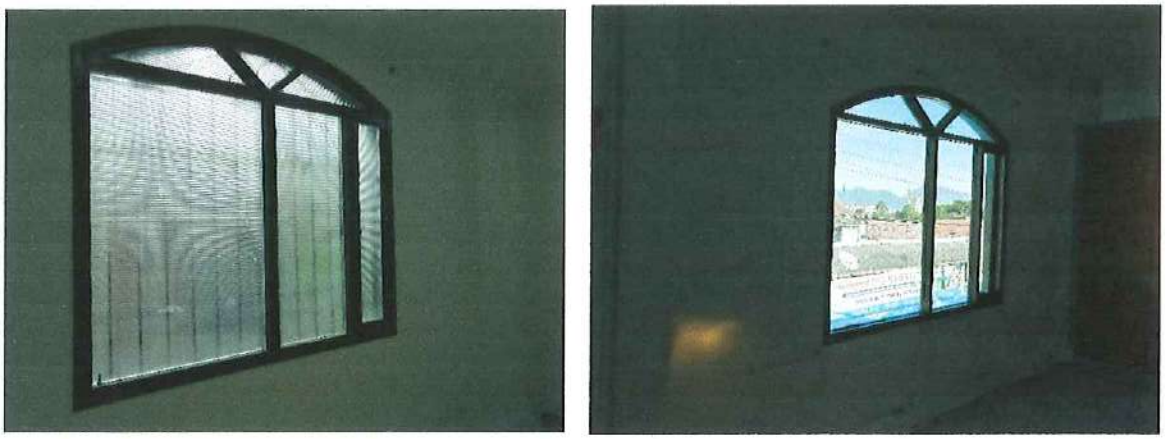


fig.11 Proceso pintura de puertas - casa de la participación

- ***Suministro e instalación cielo raso en drywall junta perdida. – casa de la participación:*** En este periodo; se realizó la instalación de cielo raso en drywall en el el patio interno de la casa de la participación, con la correspondiente pintura; de acuerdo a los requerimientos solicitados por la entidad, dejando el cielo raso terminado según lo solicitó la entidad.

Se observó que es necesario que las tuberías eléctricas existentes deben ser retirados o incorporados a la pared con algún elemento como canaleta o tubería emt.



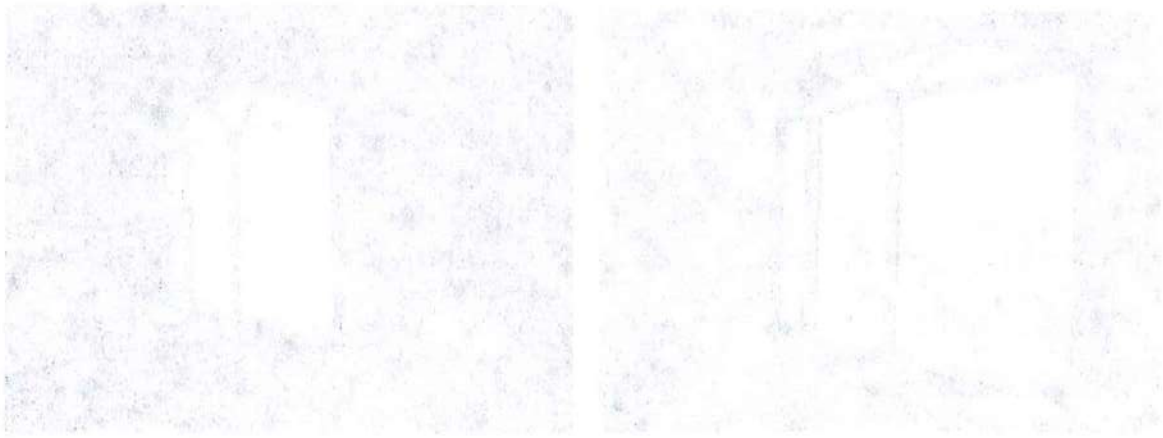


fig.12 Proceso cielo raso en drywall - casa de la participación

- ***Suministro e instalación de muros divisorios tipo drywall dos caras 10 mm – casa de la participación:*** En este periodo; se realizó la instalación de muro en drywall en el segundo piso, en el espacio de audiovisuales de la casa de la participación, con la correspondiente pintura; de acuerdo a los requerimientos solicitados por la entidad, dejando el cielo raso terminado según lo solicitó la entidad.



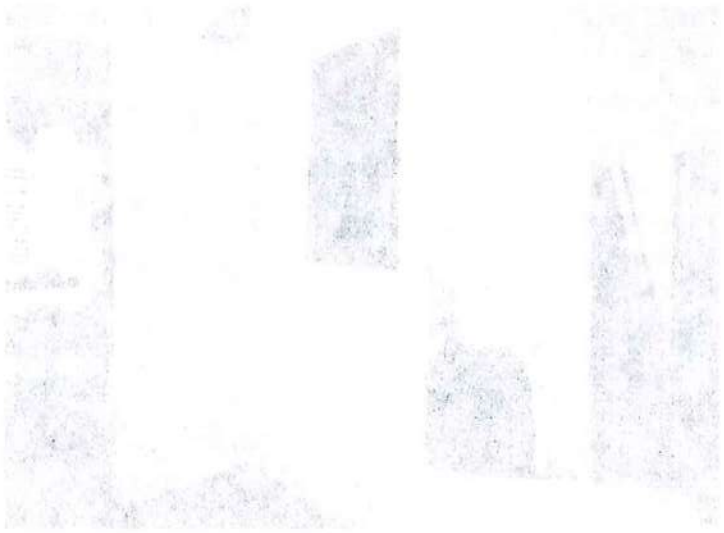

fig.13 Proceso muro en drywall - casa de la participación

- ***Revisión general red eléctrica– casa de la participación:*** En este periodo; se realizó la revisión general eléctrica de toda la casa, verificando el funcionamiento de los interruptores, las tomas, y salidas de iluminación existentes. Se verificaron todas las lámparas que se encontraban en la casa de la participación notificando las que se encontraron fuera de funcionamiento.



fig.14 Proceso revisión eléctrica general - casa de la participación





- ***Escarificar pañete interior incluye retiro de escombros – casa de la participación:*** En este periodo; se realizó la escarificación de muros donde se presentaban humedades debido a problemas de nivel freático alto, o en su defecto a problemas de bajantes o canales. Esta actividad se realizó en la oficina de subsidios tipo C, en la entrada a la casa de la participación, en industria y comercio, entre otros.



fig.15 escarificación de pañetes - casa de la participación

- ***Pañete para muros incluye resanes en zonas escarificadas. – casa de la participación:*** En este periodo; se realizó el pañete de muros donde se presentaban humedades debido a problemas de nivel freático alto, o en su defecto a problemas de bajantes o canales.



fig.16 pañetes - casa de la participación

- ***Suministro y aplicación pintura techo a dos manos – casa de la participación:*** En este periodo; se realizó la pintura y los resanes de los cielo rasos y techos correspondientes a las oficinas de almacén, depósito de almacén, pasillos primer piso, bodegas y archivos de inspecciones, subsidios tipo C y propiedad horizontal, cuarto de aseadoras, baños, cocinas, propiedad horizontal y jurídica en el segundo piso;





correspondientes a la Casa de la Participación de Suba; de acuerdo a los requerimientos solicitados por la entidad; también se pintaron las Ventanas en madera, puertas y rejas de estas dependencias.

En el proceso de pintura de techos y cielo rasos en oficinas y dependencias de la Casa de la participación, se observó que posterior a nuestra intervención, al ser usados nuevamente los espacios, no se tiene el cuidado pertinente y se ensucian y rayan los cielo rasos recién pintadas, esto debido a la instalación de cámaras y de elementos de seguridad, quienes rallaron, hicieron aperturas, colocaron marcas de manos y suciedad.



fig.17 pintura de cielo rasos - casa de la participación

- ***Suministro y aplicación de pintura en esmalte para baranda metálica (incluye puntos de soldadura, arreglos y bisagras) – casa de la participación:*** se realizó la pintura de las barandas de la casa de la participación, en escaleras, barandas y pasamanos de apoyo en paredes. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.

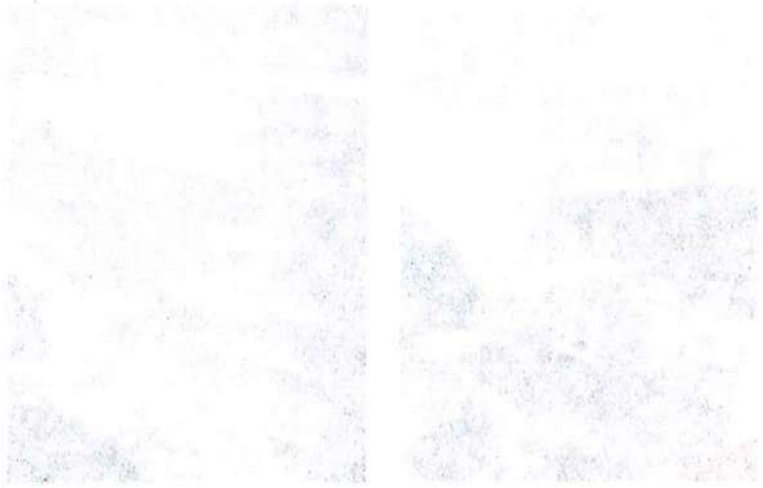


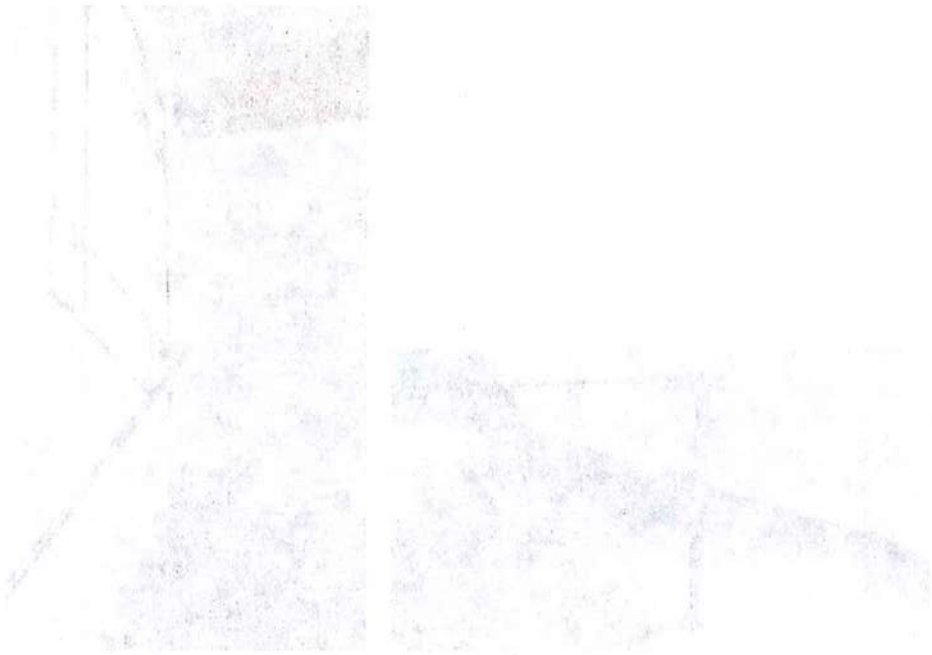


fig.18 pintura de pasamanos y barandas – casa de la participación

- ***Desmonte cubierta en de teja termo acústica o similar incluye retiro de escombros y equipo de trabajo en alturas– casa de la participación:*** se realizó el desmonte de la cubierta en teja de barro, teja plástica donde se presentaban problemas de humedad y filtraciones, para cambio de dichas tejas por estar en mal estado. Se colocaron tejas nuevas para reemplazar las afectadas. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



fig.19 desmonte de tejas de barro, de eternit o plásticas – casa de la participación



- ***Mantenimiento ventanas (incluye puntos de soldadura - aplicación de anticorrosivo y pintura) no incluye cambio de vidrio – casa de la participación:*** se realizó el mantenimiento de las ventanas metálicas que presentaban daño en sus bisagras y elementos móviles, ya que se encontraban deterioradas o en mal estado. Se colocaron elementos nuevos y se ajustaron tornillerías y bisdagras. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



fig.20 ajuste y mantenimiento de ventanas – casa de la participación

- ***Desmonte de Puerta con marco – casa de la participación:*** se realizó el desmonte de puertas con sus correspondientes marcos en los lugares donde se requería, ya que se encontraban deterioradas o en mal estado o simplemente por remodelación del espacio solicitado. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.

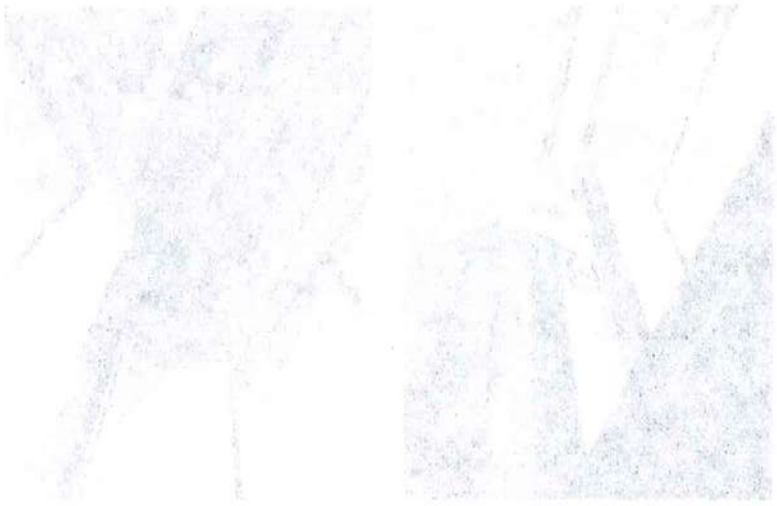




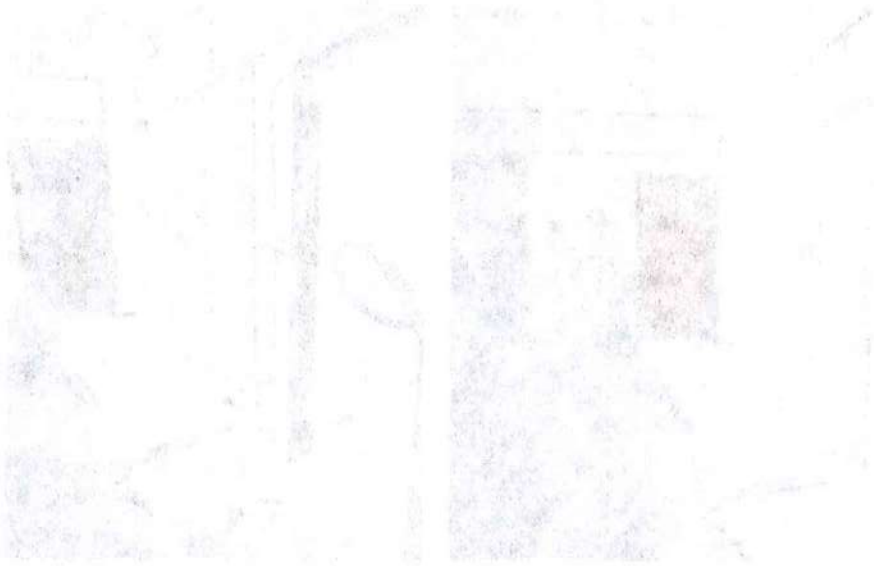
fig.21 desmonte de puertas – casa de la participación

- ***Instalación acrílico 4 mm – casa de la participación:*** se realizó la instalación de acrílicos en cielo raso, para permitir la iluminación natural de forma cenital, y así generar una iluminación correcta en las oficinas donde se realizó esta labor. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



fig.22 acrílicos en cielo raso – casa de la participación

- ***Suministro e instalación de teja de barro – casa de la participación:*** se realizó la instalación de teja de barro en cubierta, reemplazando las tejas que se encontraron afectadas, rotas para dar uniformidad a la cubierta de teja de barro, también para garantizar que la cubierta en estos sectores no presenten posibles filtraciones, siempre y cuando que esta teja es arquitectónica y de acabado,. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



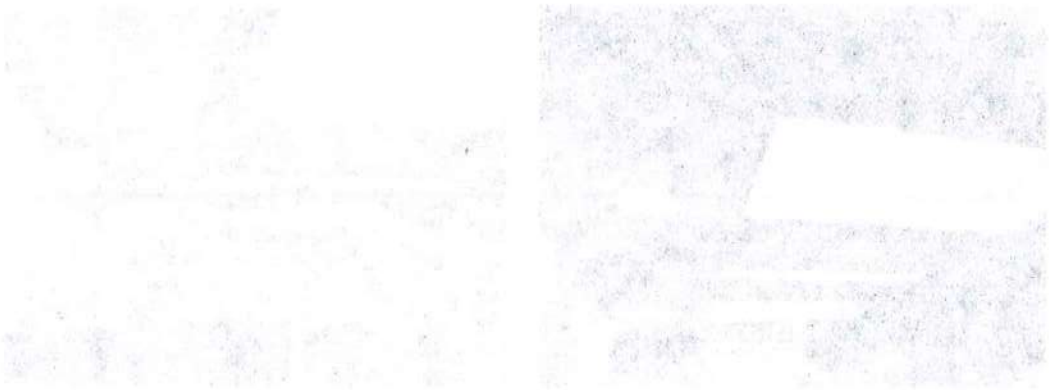




fig.23 teja de barro – casa de la participación

- ***Suministro e instalación de teja de barro – casa de la participación:*** se realizó la instalación de teja de barro en cubierta, reemplazando las tejas que se encontraron afectadas, rotas para dar uniformidad a la cubierta de teja de barro, también para garantizar que la cubierta en estos sectores no presenten posibles filtraciones, siempre y cuando que esta teja es arquitectónica y de acabado,. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.

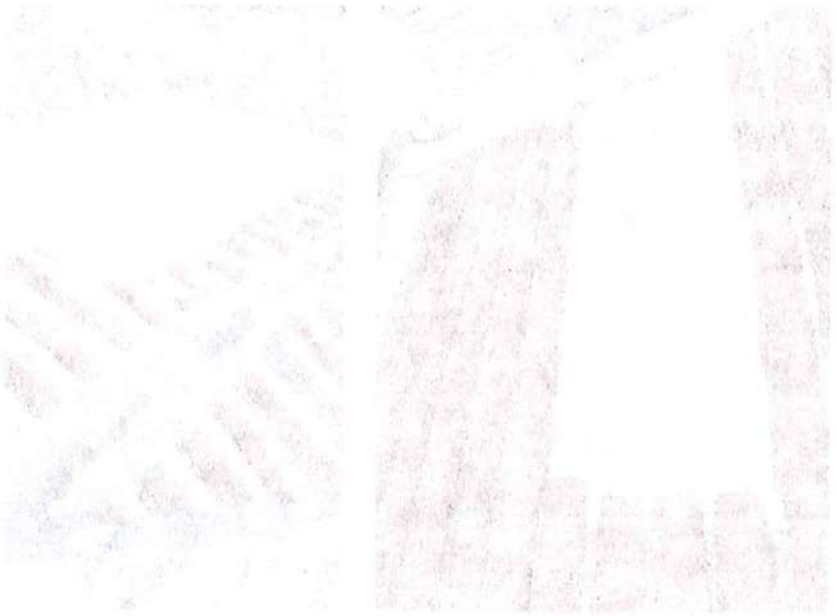


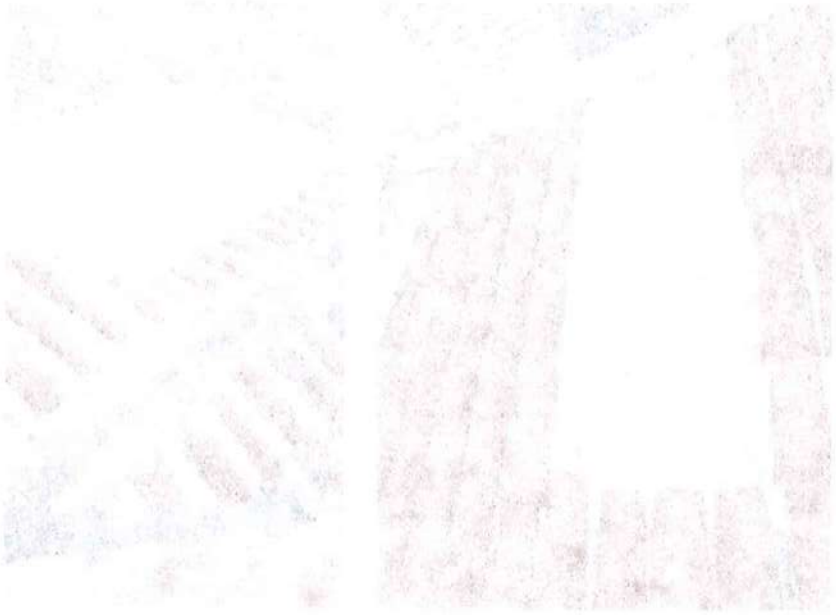


fig.23 teja de barro – casa de la participación

- ***Suministro e instalación de lavamanos ahorrador con sistema push – casa de la participación:*** se realizó la instalación de lavamanos en el baño de servicio, incluida su grifería tipo push, de acuerdo a la remodelación y cambio de aparatos que se realizó. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



fig.24 lavamanos y grifería – casa de la participación



- ***Suministro e Instalación de Lámpara tipo panel Led de 60x60; incluye marco o guaya de así requerirlo – casa de la participación:*** se realizó la instalación de lámparas panel led, de 60x60 cms, en espacios que requerían iluminación, y que debido a falta de entrada de luz natural, debía hacerse. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.

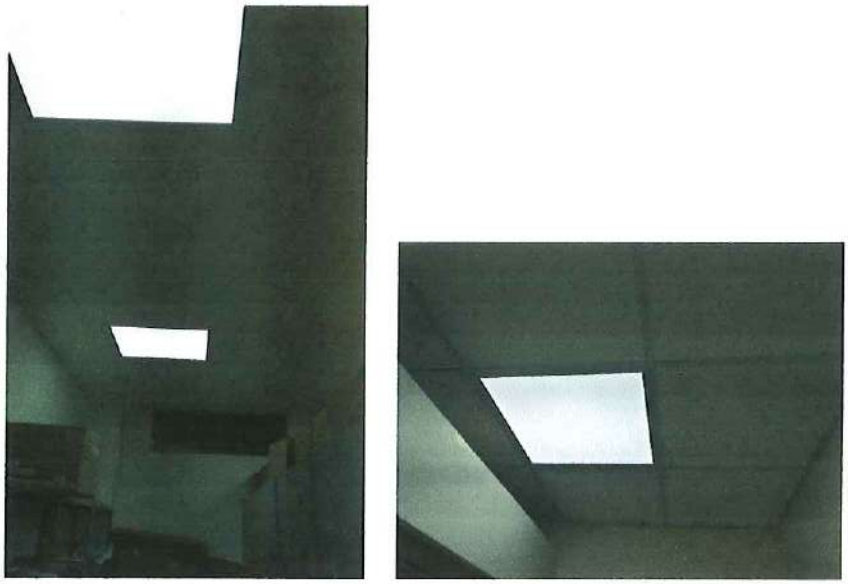


fig.25 Lámpara tipo panle led – casa de la participación

- ***Desmonte e instalación de lámparas existentes– casa de la participación:*** se realizó el desmonte y la instalación de lámparas convencionales en la casa de la participación, en lugares donde se retiró el cielo raso, o que debido a arreglos de cielo raso, debieron retirarse y posteriormente instalar las lámparas. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.

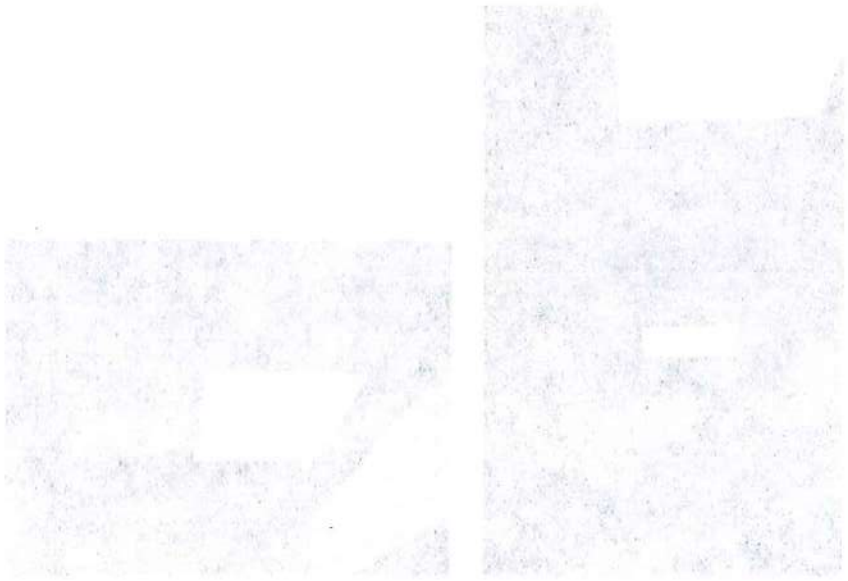




fig.26 desmonte e instalación de Lámpara– casa de la participación

- ***Desmonte, suministro e instalación de flotador y válvula para tanques. – casa de la participación:*** se realizó el desmonte y la instalación del flotador del tanque de reserva de los baños del segundo piso, esto debido a que el existente se encontraba deteriorado y dañado. Esto se realizó por pedido de la supervisión del contrato y de la interventoría.



fig.27 instalación de flotador – casa de la participación

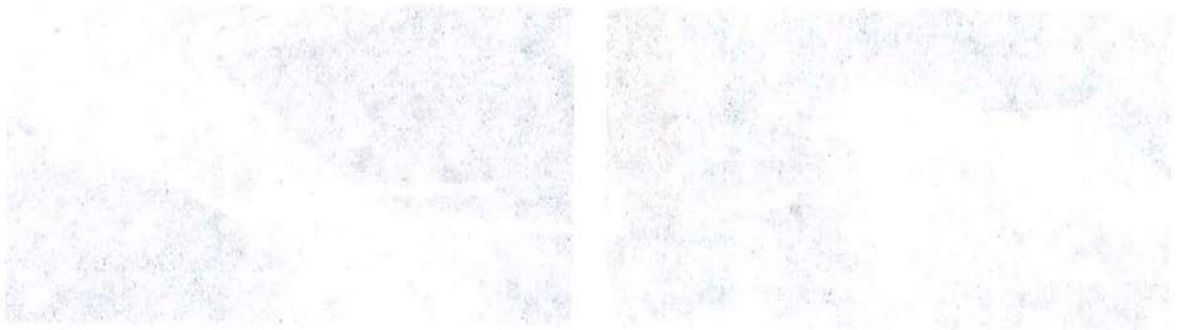




fig.32 ángulos para acrílicos –casa de la participación

CONCLUSIONES

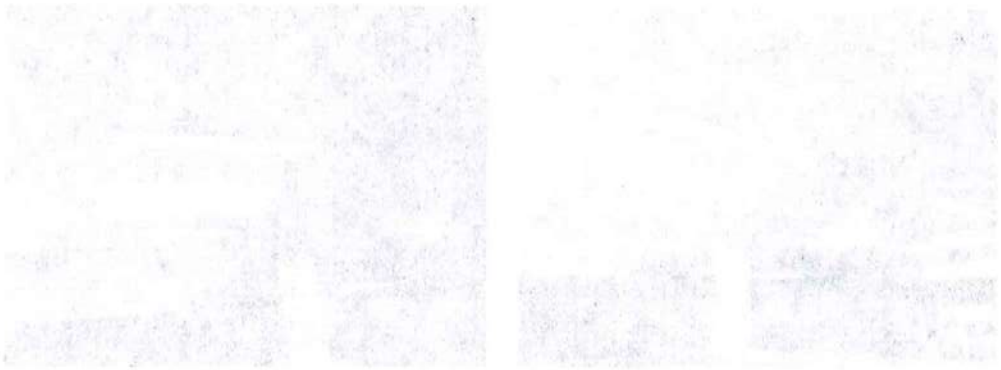
1. En este periodo se reinició el contrato el día 26 de febrero y se concluyó el contrato el día 6 de mayo, cumpliendo con las actividades presupuestadas y contratadas Por el fondo de desarrollo local de suba.

2. El porcentaje de ejecución a la fecha del acta de corte parcial N.10 es de 100,00% teniendo en cuenta el valor del contrato y la adición presupuestal aprobada. Así mismo durante este periodo las actividades se realizaron en la sede de la casa de participación, la Alcaldía y casa Villas.

3. Todas las actividades realizadas a la fecha del corte en el contrato 428 de 2019 que tiene como objeto "Contratar A Monto Agotable Las Obras De Adecuación Y/O Mantenimiento De La Infraestructura Física Para Las Edificaciones De Propiedad O Tenencia Del Fondo De Desarrollo Local De Suba"; la empresa SIINCO ha cumplido con los compromisos adquiridos en visitas, recorridos y comités realizados, en el tiempo estipulado y cumpliendo con la normatividad y los estándares de calidad.

4. Se recomienda seguir las indicaciones de los fabricantes de los materiales en cuanto a su limpieza, cuidado y mantenimiento general; así mismo se debe realizar un plan de mantenimiento preventivo periódico de las instalaciones y los elementos entregados. Se recomienda que la entidad contratante realice programas de mantenimiento, cambio o reemplazo de elementos, materiales, pinturas y demás, lo cual garantice una durabilidad en el tiempo de los bienes intervenidos.

5. Se terminan todas las actividades dentro de los tiempos establecidos y fechas de terminación del contrato, sin observaciones ni pendientes de obra por parte de la empresa SIINCO S.A.S.



ALCALDIA DE FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA.

INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.10.

PERIODO:

27 DE FEBRERO DE 2021
A
06 DE MAYO DE 2021.

CUYO OBJETO ES:

"OBRAS DE ADECUACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA PARA LAS EDIFICACIONES DE PROPIEDAD O TENENCIA DEL FONDO DE DESARROLLO DE LA ALCALDÍA DE SUBA."

No DE CONTRATO:
428-2019.

CONTRATISTA:

SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS.

FECHA: 06 DE MAYO DE 2021.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo: Profesional HSEQ	Cargo: Director de obra	Cargo: Interventoría
Nombre: Karen Martínez	Nombre: Ing. Laura Cricien	Nombre: Ing. Lady Aguirre

110

CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVO 4
3.1. ACTIVIDADES realizadas en OBRA 4
3.2. RELACION DEL PERSONAL 7
3.3. SEGURIDAD EN LA ACTIVIDAD 8
3.4. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO: 10
3.5. HIGIENE INDUSTRIAL 11
3.6. SEGURIDAD INDUSTRIAL 12
3.7. IDENTIFICACION DE RIESGOS 13
3.8. PLAN DE EMERGENCIAS 14
4. CONCLUSIONES 15
5. RECOMENDACIONES 16

1. INTRODUCCION

El presente informe de Seguridad y Salud en el Trabajo se realiza para el desarrollo del contrato de **"OBRAS DE ADECUACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA PARA LAS EDIFICACIONES DE PROPIEDAD O TENENCIA DEL FONDO DE DESARROLLO DE LA ALCALDÍA DE SUBA."** Con el cual se busca brindar en las sedes de propiedad de la alcaldía, los procedimientos óptimos en la realización de las actividades contratadas y velar por la Seguridad y Salud para sus colaboradores.

Este informe corresponde al décimo del proyecto y describe todas las actividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS,** por medio de sus diferentes programas, los cuales están diseñados para el desarrollo del contrato, de igual manera este informe contempla todos los subprogramas de Seguridad y Salud en el trabajo como son: Subprograma de medicina preventiva y del trabajo y subprograma de Higiene y Seguridad Industrial ligadas al proyecto.

El desarrollo del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo se realiza a partir del cumplimiento de todos los lineamientos establecidos en el sistema de contratación de obras y la legislación vigente por el Ministerio de trabajo.

A través de este Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se busca el mejoramiento de las condiciones del trabajo, brindarle los elementos necesarios para cumplir con sus tareas asignadas y priorizar la salud del personal de la empresa y sub contratistas.

2. OBJETIVO

Presentar las actividades mencionadas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el plan anual de trabajo **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** en la obra en la que se encuentre, con el fin de controlar los riesgos que se presentan en el desarrollo de los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo, interviniendo en sus puestos de trabajo asignados, implementando las actividades necesarias para mitigación y control de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

A continuación, relaciono las actividades realizadas que van acompañadas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, correspondiente al noveno informe del mantenimiento correctivo y preventivo para el proyecto con la Alcaldía de suba y sus sedes.

3.1. ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA

Las actividades ejecutadas durante este periodo son:

Sede principal Alcaldía de suba:

- Suministro y aplicación de pintura sobre muros en vinilo tipo 1.
- Suministro y aplicación de pintura techo.
- Desinstalación de divisiones en oficinas.
- Verificación de goteras en cubierta.
- Suministro y aplicación de pintura baranda escalera metálica, puntos de soldadura y aplicación de anticorrosivo.

- Suministro y aplicación de pintura en esmalte para puertas metálicas Coll rold y marcos de ventanas.
- Suministro y aplicación de pintura de ventanas con estructura enrejado metálico fachada frontal Alcaldía.
- Suministro e instalación de bicicletero Colgante, pintura electrostática.
- Suministro e instalación de bicicletero fijo en espiral, pintura electrostática.

Sede Casa de la participación:

- Suministro e instalación enchape muros.
- Suministro e instalación de muros divisorios.
- Reemplazo y limpieza de bajantes y canales.
- Pañete para muros incluye resanes.
- Montaje de Puerta con marco y reja.
- Instalación de acrilicos en cielo raso.
- Suministro y aplicación de pintura sobre muros en vinilo tipo 1.
- Suministro e instalación de muros divisorios tipo drywall.
- Suministro y aplicación de pintura en techo.
- Desinstalación de divisiones en oficinas.
- Verificación de goteras en cubierta.
- Desmonte de divisiones modulares.
- Suministro e instalación enchape muros
- Suministro y aplicación de pintura para fachada tipo anti-graffiti Transparente a 3 manos, filtros y dilataciones
- Suministro y aplicación de pintura para fachadas 100% acrílica diluible con agua, de acabado mate, maxima protección contra el ataque de hongos y alta resistencia a la suciedad, a 3 manos.
- Suministro y aplicación de pintura en esmalte para puertas metálicas Coll rold, incluye marcos de ventanas.

- Suministro y aplicación de pintura de ventanas con estructura enrejado metálico fachada frontal.
- Suministro e instalación cielo raso en drywall junta perdida.
- Suministro e instalación de muros divisorios tipo drywall dos caras.
- Revisión general red eléctrica
- Escarificar pañete fachada y retiro de escombros
- Pañete para muros incluye resanes en zonas escarificadas.
- Suministro y aplicación pintura techo a dos manos.
- Suministro y aplicación de pintura en esmalte para baranda metálica, puntos de soldadura, arreglos y bisagras.
- Desmonte cubierto en de teja termo acústica o similar incluye retiro de escombros y equipo de trabajo en alturas.
- Mantenimiento ventanas, puntos de soldadura, aplicación de anticorrosivo y pintura.
- Desmonte de Puerta con marco
- Instalación acrílico y marcos
- Suministro e instalación de teja de barro.
- Suministro e instalación de lavamanos ahorrador con sistema push.
- Suministro e Instalación de Lámpara tipo panel Led de 60x60, marco o guaya.
- Desmonte e instalación de lámparas existentes.
- Desmonte, suministro e instalación de flotador y válvula para tanques.
- Desmonte de puntos eléctricos incluye andamios, seguridad cargue y retiro.
- Suministro e instalación de salidas de iluminación, tubería EMT, cajas, cableado.
- Suministro e instalación de frescasa para muros en drywall.
- Suministro y aplicación de Pintura epóxica, limpieza previa de la superficie.
- Suministro e instalación de perfil en aluminio para marcos.

Sede Casa villas:

- Suministro e instalación de bicicletero fijo en espiral de 5 puestos, incluye pintura electrostática según diseño.

3.2. RELACION DEL PERSONAL

Durante la ejecución del proyecto se encuentran activos en este periodo 12 trabajadores los cuales 4 son administrativos y 8 operativos, los cuales se relacionan en la planilla de pago de seguridad social y planilla de asistencia de la empresa.

Los trabajadores que ingresaron en el periodo del 29 de marzo al 6 de mayo de 2021 por parte de la empresa **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** y están en el proyecto corresponden a 2 se les realizo la respectiva inducción y reinducción junto a su entrega de dotación, también se realizó entrega de dotación e implementos de protección personal a los trabajadores que ya requerían cambio. Se incluye cuadro relacionando esta información.

RELACIÓN TRABAJADORES EN PROYECTO DE MANTENIMIENTO EN ALCALDÍA DE SUBA	
Número de trabajadores durante el periodo	12
Personas nuevas en el periodo	2
Inducciones realizadas en el periodo	2
Ingresos de subcontratistas	0
Personas retiradas o trasladadas	6
Número de personal sancionado	0
Número de personal con llamado de atención	0
Número de horas extras laboradas en el periodo	0 horas/ periodo
Número de días de incapacidad por accidente de trabajo y enfermedad laboral en el periodo	10
Número de días de incapacidad por enfermedad común	30
Personal relacionado en temas covid 19 prueba positiva	1
Personal relacionado en temas covid 19 prueba negativa	5

116

Se incluye listados de personal relacionado en este periodo, planilla de seguridad social que indica que están al día en el mes de marzo y abril, también se incluye información de pruebas covid realizadas para cerco epidemiológico realizado por parte de la empresa **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** se evidencia que no hubo riesgos en los trabajadores y la persona aislada cumplió su incapacidad y no presento afectaciones graves en su salud y se puede reintegrar sin ninguna restricción., la persona incapacitada por enfermedad común ya que fue fuera de su jornada laboral y no es accidente de trabajo está estable y cumplió su incapacidad sin ninguna novedad. **Ver anexo No 1.**

3.3. SEGURIDAD EN LA ACTIVIDAD

Teniendo en cuenta las actividades de obra desarrollas se tomaron las siguientes medidas de seguridad:

- Se realizaron los pagos de seguridad social y afiliaciones del personal relacionado al proyecto. **Ver Anexo No 1.**
- Para el ingreso del personal se realiza la respectiva inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo junto a la socialización de protocolos covid-19, con el fin de garantizar que los trabajadores realicen sus actividades bajo condiciones seguras, reconozcan los riesgos presentes en sus tareas, informen su condición de salud, condiciones inseguras para evitar un posible contagio por covid -19 y evitar un Accidente de Trabajo. **Ver Anexo No 2.**
- Se entrega a los trabajadores la respectiva dotación y Elementos de Protección Personal, garantizando su protección y la disminución de la probabilidad de que algún riesgo se presente en las áreas de trabajo donde este expuesto. **Ver Anexo No 3.**
- Se tomaron las respectivas medidas de seguridad para el procedimiento en Trabajo en Alturas, teniendo en cuenta que algunas intervenciones realizadas fueron a alturas que superan el 1.5 metros y se debe utilizar Equipo de Protección Contra Caídas por ser una tarea de alto riesgo. Para lo cual se realiza permiso en

trabajo en alturas, analizando las tareas a ejecutar y se abrieron permisos que se cierran semanalmente. **Ver Anexo No 4.**

- Durante la ejecución del proyecto se realizarán actividades de pintura en fachada que expone a los trabajadores a riesgos en las vías, deben trabajar cerca a la vía con alto tránsito vehicular, para lo cual se realizó análisis seguro de trabajo que fueron socializados al personal con el fin de que reconocieran los riesgos existentes acompañado con la señalización para mitigación de este riesgo. **Ver Anexo No 5.**
- Dentro del periodo se realizarán capacitaciones que buscan concientizar al trabajador a realizar sus actividades bajo condiciones seguras, que se deben dar cumplimiento por las dos partes ya que ellos están en la obligación de acatar toda norma de seguridad que priorice su seguridad y no se expongan a un accidente laboral y la empresa brindar las herramientas para poder capacitar al personal y entregar todas las herramientas necesarias para su correcta ejecución.

Las capacitaciones de este periodo corresponden a:

TEMA	FECHA	NUMERO TRABAJADORES CAPACITADOS	Duración(horas)
Riesgo cardiovascular – pausas activas	29/03/2021	5	30 minutos
Manipulación de cargas – pausas activas	05/04/2021	5	45 minutos
Trabajo seguro en alturas- uso correcto de EPCC	09/04/2021	5	45 minutos
Manejo de extintores – pausas activas	12/04/2021	4	45 minutos
Uso adecuado y mantenimiento de epp y dotación	16/04/2021	4	45 minutos
Manejo de estrés – Pausas activas	23/04/2021	4	45 minutos
Epicondilitis, manguito rotador y túnel de Carpio	27/04/2021	3	45 minutos
Actos y condiciones inseguras	30/04/2021	2	30 minutos
		TOTAL	**8 horas y 30 minutos**

1. Riesgo cardiovascular – pausas activas
2. Manipulación de cargas – pausas activas
3. Trabajo seguro en alturas- uso correcto de EPCC
4. Manejo de extintores – pausas activas
5. Uso adecuado y mantenimiento de epp y dotación
6. Manejo de estrés – Pausas activas
7. Epicondilitis, manguito rotador y túnel de Carpio
8. Actos y condiciones inseguras

Ver Anexo No 6.

3.4. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El programa de medicina preventiva y de trabajo tiene como finalidad la promoción, prevención de la salud frente a los factores de riesgo laborales, también recomienda lugares óptimos de trabajo de acuerdo a las condiciones psico-fisiológicas del trabajador con el fin de que este pueda desarrollar sus actividades sin dificultad, también las actividades de promoción y prevención, educando al trabajador con el fin de evitar riesgo de accidentes y enfermedades laborales, verificando constantemente los índices de ausentismo. En este periodo no hubo ausentismo del personal relacionado.

Dentro de las actividades realizas en relación con Medicina Preventiva y del trabajo que deben estar documentadas y apoyadas en la norma Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y protocolo de bioseguridad de **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** son:

- Se realiza la aplicación diaria del formato de identificación de sintomatología a los trabajadores que permanecen en obra con el fin de identificar posibles casos relacionados con la pandemia causada por el covid -19. – **Ver Anexo No 7.**

- De igual forma se realiza el respectivo control de lavado de manos y en distintas horas para la prevención de la propagación o contagio del virus de lo cual se deja registro diario – **Ver Anexo No 8.**
- Los trabajadores tienen tiempos de descanso, ya que están expuestos a diferentes riegos como: químicos para evitar asfixia por tanta exposición, radiaciones no ionizantes como exposiciones al sol, con el fin de que no presenten golpes por calor o perdida de sentido.
- Se dispone en cada frente de trabajo un punto de Bioseguridad con el fin de poder cumplir con los protocolos de desinfección al ingreso y salida del proyecto el cual tiene alcohol, gel antibacterial, hipoclorito y jabón de manos, además del termómetro infrarrojo para la toma de temperatura al ingreso y salida del personal. Ver registro fotográfico.
- Se tiene en el proyecto acceso a punto de hidratación provisionado por el proyecto con el fin de que los trabajadores tengan la hidratación necesaria para el desarrollo de sus actividades.
- Durante el periodo no se presentaron casos de enfermedades de origen común ni laboral, ni contagio por covid -19.

3.5. HIGIENE INDUSTRIAL

Con el fin de asegurar la Higiene Industrial de los proyectos, **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** garantiza las condiciones básicas de los trabajadores sean atendidas durante la ejecución del proyecto para lo cual se tiene:

- Dentro de las instalaciones de la zona de trabajo se encuentra baños disponibles para que los trabajadores puedan usarlos.
- Los trabajadores cuentan con los Elementos de Protección personal acorde a la actividad a desarrollar, las capacitaciones se les indica su uso obligatorio, el aseo que deben tener al portarlos y el incumplimiento por el no uso acarrea sanciones

disciplinarias por parte de la compañía. Se les realiza cambio de inmediato cuando ya están desgastados.

- Se realiza acopio de disposición de residuos con el fin de mantener el área de trabajo en orden y aseo y no afecte las condiciones de salubridad del punto de trabajo y por tanto la salud de los trabajadores. **Ver registro fotográfico.**
- Se realizan todos los días jornadas de orden y aseo. **Ver registro fotográfico.**

3.6. SEGURIDAD INDUSTRIAL

En temas durante el periodo del mes de marzo – abril de 2021 no se reportó incidentes ni accidentes de trabajo, se toman todas las medidas de seguridad para evitarlos, se capacita al personal buscando la sensibilización que está en las condiciones para promover su autocuidado en su salud y no debe exponerse.

Se anexa tabla informativa de indicadores de accidentalidad y ausentismo.

1	INDICADORES DE PROCESO	
1,1	Actividades del cronograma de seguridad y salud en el trabajo programadas en el mes	4
1,2	Actividades del cronograma de seguridad y salud en el trabajo realizadas en el mes	4
1,3	% cumplimiento del cronograma de actividades	100,00%
1,4	Numero de exámenes médicos de ingreso realizados	2
1,6	Accidentes de trabajo investigados	0
1,7	% de accidentes trabajo investigados	0,00%
1,9	Número de inspecciones de seguridad planeadas (mínimo 2 al mes)	2
1,10	Número de inspecciones de seguridad realizadas en el mes	2
1,11	% de inspecciones de seguridad realizadas	100,00%
2	**INDICADORES DE IMPACTO**	
2,1	Número de trabajadores al comienzo del periodo	18
2,2	Número de trabajadores al final del periodo	12
2,3	Total, horas - hombre trabajadas (HHT)	3120
2,4	Número de accidentes sin incapacidad	0

2,5	Número de accidentes con incapacidad	0
2,6	Número de accidentes mortales	0
2,7	Número total de accidentes	0
2,8	Número de días de incapacidad y días cargados por accidentes en el periodo (D)	0
2,9	Índice de frecuencia IF	0,00
2,10	Índice de severidad IS	0,00
2,11	Índice de lesiones incapacitantes ILI= (IF*IS) /1000	0,00

De igual forma se realiza inspección de herramientas eléctricas que se utilizan en el proyecto, revisando su estado y dando de baja un equipo que no cumpla con las condiciones de seguridad para la ejecución de actividades debe ser bajo condiciones seguras. **Ver Anexo No 9.**

.

Se realiza señalización en áreas de trabajo para la ejecución de las obras y los peatones vean que en esa área no pueden transitar, se habilitan para que el personal se desplace de forma segura. **Ver registro fotográfico.**

Para el aseguramiento de las actividades relacionadas con trabajos en alturas se realizan inspecciones de los elementos del Sistema de Protección Contra Caídas para trabajo en alturas, verificando en la información que porta el equipo donde indica fecha, serial y lote para garantizar su buen funcionamiento, cuidados que debe tener el personal que lo porta de tal forma que se pueda garantizar el uso de los mismos. **Ver Anexo No 10.**

3.7. IDENTIFICACION DE RIESGOS

La metodología empleada por **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** para la implementación de jerarquía de controles para la identificación de peligros, eliminación, reducción y mitigación de riesgos, presentados en las instalaciones que se está realizando mantenimiento, deben ser acordes a sus actividades en el área de trabajo, en esta metodología permite relacionar a los

trabajadores con la identificación del riesgo y que ellos participen activamente en un control requerido de inmediato, ya que se debe eliminar el peligro y riesgo a los que están expuestos día a día y se generan capacitación para la mitigación de ellos, se busca reducir los riesgos buscando promover la salud de los trabajadores y no se generen accidentes de trabajo ni enfermedades laborales. A continuación, se presentan los controles requeridos según la norma guía técnica colombiana 45 de 2012.

Eliminación del peligro/riesgo: diseño de procesos o equipos para eliminar o reducir los riesgos, en el proyecto para garantizar óptimas condiciones para realizar sus actividades a diario, se cuenta con utilizar Equipo de Protección Contra Caídas para actividades en alturas.

Sustitución: Sustituir una materia prima por una menos peligrosa o también, sustituir un proceso de alto riesgo por uno de menor riesgo.

Controles Administrativos: Implementación de sistemas de señalización, advertencia, demarcación de zonas de riesgo vías principales de la alcaldía o zonas de circulación y almacenamiento, implementación de sistemas de advertencia, diseño e implementación de procedimientos de seguridad para ciertos procesos o actividades de riesgo, controles de acceso a zonas de riesgo, inspecciones de seguridad, listas de chequeo, permisos de trabajo entre otros.

Equipos de Protección Personal: Cuando ciertos peligros/riesgos no se puedan controlar de manera definitiva con las medidas anteriores, el empleador deberá suministrar a sus trabajadores la dotación pertinente de acuerdo a sus actividades. Se les suministra dotación, guantes, tapabocas, tapaoidos, botas, casco.

3.8. PLAN DE EMERGENCIAS

En el proyecto la empresa se apoya en los elementos de emergencia existentes en cada una de las sedes intervenidas de la Alcaldía de suba la cual cuenta con elementos como la camilla rígida, extintor multipropósito de 10 libras y botiquín de primeros auxilios,

igualmente cuenta con la señalización de las áreas para identificar las rutas de evacuación.

4. CONCLUSIONES

En el desarrollo del informe nos permite ver el seguimiento por Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **SERVICIOS INTEGRALES DE INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS** nos arroja las siguientes conclusiones:

- En el desarrollo de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo se desarrollaron actividades en pro de garantizar y concientizar a los trabajadores del cuidado de su salud y mitigar los peligros que se presenten en sus puestos de trabajo.
- Se garantiza a los trabajadores adquirir elementos de protección personal se hace la reposición de inmediato, además de la concientización de su uso obligatorio garantizando que sean usados de la forma correctamente.
- Las actividades de alto riesgo son analizadas de tal forma que garantice la seguridad de los trabajadores, socializadas de tal forma que los trabajadores promuevan el autocuidado evitar los posibles riesgos.
- Dentro de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo se garantiza la seguridad de las partes interesadas de tal forma que los mismos no presenten dificultad en el desarrollo de las actividades ejecutadas dentro de las áreas de trabajo.
- Para el aseguramiento de la salud de los trabajadores la empresa enfoca sus actividades a la actualización de los protocolos de bioseguridad y condiciones de seguimiento y control establecidos por la normatividad vigente, además de forma interna, para evitar la propagación del virus covid– 19.

- Aunque en el personal de la empresa se presenta un caso covid se hace cerco epidemiológico para verificar el estado de todos los trabajadores y se activa protocolo de Bioseguridad de la empresa.
- Se verifica estado de salud de las personas incapacitadas y se verifica que pueden ejercer sus labores sin ningún tipo de restricción.

5. RECOMENDACIONES

Con el fin de seguir garantizar la Seguridad y Salud en el Trabajo, los trabajadores se realizan las siguientes recomendaciones para el desarrollo de sus actividades en sus puestos de trabajo.

- Teniendo presente la propagación del covid-19 se debe garantizar la seguridad de los trabajadores en el desarrollo de las actividades por medio del seguimiento a sus condiciones de salud que le permitan desempeñar las diferentes actividades, los responsables en Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa reaccionaran ante las situaciones presentadas a causa de Covid -19 y activara protocolos de seguridad para mitigar la propagación, acompañado de seguimiento al personal contagiado, garantizando cumplir con todos los requerimientos ante Ministerio de Salud.
- Dentro de las actividades ejecutadas para garantizar la Seguridad y Salud de los trabajadores se deberá tener presente las condiciones y mitigación de riesgos en las actividades ejecutadas por los trabajadores, con el fin de poder garantizar su seguridad y hacer los controles necesarios.
- Concientizar a los trabajadores frecuentemente de la importancia del uso de los Elementos de Protección Personal y la obligatoriedad de utilizarlos en el desarrollo de las actividades laborales.
- Concientizar a los trabajadores frecuentemente de la importancia del uso del tapabocas y el lavado de manos frecuente para mitigación de covid 19.

- Realizar jornadas de desinfección y de orden y aseo, de las áreas de trabajo, con el fin de mantener un ambiente laboral seguro en el proyecto.
- Capacitar continuamente el grupo de trabajo para la mitigación de posibles riesgos, accidentes o enfermedades laborales.

ANEXO No 1.

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y/O AFILIACIONES DE PERSONAL

SIINCO

CONTROL DE ASISTENCIA DE PERSONAL

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	SST-FT-010
Version	1
Fecha	18/04/2020

PROYECTO: ALCALDIA DE SUBA

FECHA: DESDE 01-03-2021 HASTA 31-03-2021 NOMBRE DEL RESPONSABLE: FAREN MARTINEZ

CEDULA	NOMBRE	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	29	30	31	OBSERVACIONES
91667380	ENDER RANGEL	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
5408444	PEDRO ROPERO	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1090469806	DARWIN GARCIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
79307461	LEOPOLDO JARAMILLO	✓	✓	✓	R																												
9454985	ANDRY PEROZO	X	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1073689625	WILLIAM RODRIGUEZ	✓	R																														
1023009627	BRAYAN TRIANA	✓	✓	✓	✓	R																											
1032416713	CAROLINA RIVERA	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1045764218	DENNIS RUIZ	✓	R																														
1019155070	JOSE RUIZ	✓	R																														
1014314647	FRANCISCO RUIZ	✓	R																														
71391391	PEDRO BRICEÑO													I		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	

I: INGRESO R: RETIRO F: FALLA IN: INCAPACIDAD

Nota: En caso de Falla e Incapcidad, se debe notificar al profesional SST
Nota 2: En caso de falla o incapacidad en observaciones se devera diligenciar la causa

SIINCO...

CONTROL DE ASISTENCIA DE PERSONAL

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	SST-FT-010
Version	1
Fecha	18/04/2020

PROYECTO: ALCALDIA DE SUBA

FECHA: DESDE 01-03-2021 HASTA 31-03-2021

NOMBRE DEL RESPONSABLE: KAREN MARTINEZ

CEDULA	NOMBRE	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	29	30	31	OBSERVACIONES
	LAURA CRICIEN											✓																		✓			
74688596	CESAR DUARTE	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1023 9845	ALEXANDER JUEZ		✓	✓								✓	✓	✓																		
4090713	DANILO JIMENEZ		✓	✓								✓	✓	✓																		

I: INGRESO R: RETIRO F: FALLA IN: INCAPACIDAD

Nota: En caso de Falla e Incapcidad, se debe notificar al profesional SST
Nota 2: En caso de falla o incapacidad en observaciones se devera diligenciar la causa

SIINCO	CONTROL DE ASISTENCIA DE PERSONAL	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-010
		Version	1
		Fecha	16/04/2020

PROYECTO: ALCALDIA DE SUBA

FECHA — DESDE: 01-04-2021 HASTA: 30-04-2021 NOMBRE DEL RESPONSABLE: KAREN MARTINEZ

CEDULA	NOMBRE	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	29	30	31	OBSERVACIONES
91667380	ENDER RANGEL	I	N	C	A	P	A	C	I	T	A	D	O																				
540844	PEDRO ROPERO					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			
10904930	DARWIN GALVA					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓		✓												
9454985	ANDLY PEROZO					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	R																
71391391	PEDRO BRICEÑO					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
7968896	CESAR DUARTE					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓	✓		✓	✓											
10324168	CALONNA RIVERA					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
1116818	FRANCISCO GRACIANO													✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
1045764218	DENNIS RUIZ																							✓	✓		✓	–	✓				
1113131407	ENDER AVINTERO																							✓	✓		✓	✓	–				
52484864	LAURA CRICIEN												✓														✓						

I: INGRESO R: RETIRO F: FALLA IN: INCAPACIDAD

Nota: En caso de Falla e incapacidad, se debe notificar al profesional SST
Nota 2: En caso de falla o incapacidad en observaciones se devera diligenciar la causa

SIINCO...

CONTROL DE ASISTENCIA DE PERSONAL

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	SST-FT-010
Version	1
Fecha	18/04/2020

PROYECTO: ALCALDIA DE SUBA

FECHA: DESDE 01-05-2021 HASTA 06-05-2021 NOMBRE DEL RESPONSABLE: KAREN MARTINEZ

CEDULA	NOMBRE	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	29	30	31	OBSERVACIONES
1116819[illegible]	FRANCISCO GRACIANO			✓	✓	✓	✓																										
71391391	PEDRO BRICEÑO			✓	✓	✓	✓																										
1052416913	CAROLINA RIVERA			✓	✓	✓	✓																										
52408864	LAURA CRICIEN			✓	✓	✓	✓																										
79686576	CESAR DUARTE			✓	✓	✓	✓																										
91131[illegible]	ENDER QUINTERO						✓																										

I: INGRESO R: RETIRO F: FALLA IN: INCAPACIDAD

Nota: En caso de Falla e Incapcidad, se debe notificar al profesional SST
Nota 2: En caso de falla o incapacidad en observaciones se devera diligenciar la causa

129

ANEXO No 2.

INDUCCIONES A PERSONAL.

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ACTA DE INDUCCION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-004
		Version	1
		Fecha	14/03/2017

INDUCCION X REINDUCCION ____

En las instalaciones de ALCALDIA DE SUBA en la cuidad de BOGOTA siendo las 900A horas del día 13 del mes 04 del año 2021 se llevó a cabo la inducción a FRANCISCO JAVIER GRACIANO RODRIGUEZ.

Quienes, a partir de la firma del presente documento, son trabajadores actuales de la empresa

Se deja en constancia que se dio inducción sobre:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
- Políticas de SST
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
- Responsabilidades generales en SST
- Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales

COMPROMISOS

EL TRABAJADOR EN MISION

Cumplir con todas las políticas, normas y controles de la empresa.
Auto cuidarse en el desarrollo de sus actividades, vigilar por su salud y reportar enfermedades o accidentes de trabajo que se presenten.
Reportar inquietudes al vigía de seguridad y salud en el trabajo
Asistir a todas las actividades propuestas por la empresa.

FIRMAS

Se firma a los 13 días del mes de ABRIL del año 2021

KAREN MARTINEZ
ENCARGADO DE LA INDUCCION

TRABAJADOR

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ACTA DE INDUCCION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-004
		Version	1
		Fecha	14/03/2017

INDUCCION X REINDUCCION ____

En las instalaciones de ALCALDIA DE SUBA en la cuidad de BOGOTA siendo las 7:30 A horas del dia 13 del mes 03 del año 2021 se llevó a cabo la inducción a PEDRO ANTONIO BRICEÑO MORENO.

Quienes, a partir de la firma del presente documento, son trabajadores actuales de la empresa

Se deja en constancia que se dio inducción sobre:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo
- Políticas de SST
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea
- Responsabilidades generales en SST
- Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales
- COVID 19 Y PROTOCOLO DE BIOSEGORIDAD

COMPROMISOS

EL TRABAJADOR EN MISION

Cumplir con todas las políticas, normas y controles de la empresa.
Auto cuidarse en el desarrollo de sus actividades, vigilar por su salud y reportar enfermedades o accidentes de trabajo que se presenten.
Reportar inquietudes al vigia de seguridad y salud en el trabajo
Asistir a todas las actividades propuestas por la empresa.

FIRMAS

Se firma a los 13 dias del mes de MARZO del año 2021

KAREN MARTINEZ
ENCARGADO DE LA INDUCCION

Pedro A. Briceño
TRABAJADOR

131

ANEXO No 3.

ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	PEDRO ANTONIO BRICEÑO MORENO
CEDULA	71391591219 70
CARGO	PINTOR.

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	12-03-21	
TAPABOCAS	12-03-21	
CAMISA	15-03-2021	
PANTALON	15-03-2021	
TAPABOCAS	29-03-2021	
GUANTES	29-03-2021	
TAPABOCAS.	31-03-2021	
GUANTES	20-03-2021	
TAPABOCAS	20-03-2021.	

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR	DENNIS ALBERTO RUIZ		
CEDULA	1645764218		
CARGO	AYUDANTE DE MANTENIMIENTO		

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	23-04-2021	
TAPABOCAS	23-04-2021	

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	GNDER JOSE QUINTERO
CEDULA	91131312407 1988
CARGO	AYUDANTE DE MANTENIMIENTO

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	23-04-2021	
TAPABOCAS	23-04-2021	

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	PEDRO ROPERO PLATA
CEDULA	5408444
CARGO	PINTOR

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	17-02-2021	Pedro
TAPABOCAS	17-02-2021	Pedro
TAPABOCAS	24-02-2021	Pedro
TAPABOCAS	03-03-2021	Pedro
GUANTES	03-03-2021	Pedro
TAPABOCAS	15-03-2021	Pedro
TAPABOCAS	23-03-2021	Pedro
GUANTES	15-03-2021	Pedro
TAPABOCAS	28-03-2021	Pedro
GUANTES.	05-03-2021	Pedro
GUANTES	19-03-2021	Pedro
TAPABOCAS	19-03-2021	Pedro
-TAPABOCAS	24-03-2021	Pedro

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso'	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR	FRANCISCO JAVIER GRACIANO RODRIGUEZ		
CEDULA	1116818149		
CARGO	PINTOR		

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
CAMISA	13-04-2021	
PANTALON	13-04-2021	
GUANTES.	13-04-2021	
TAPABOCAS	23-04-2021	
GUANTES	23-04-2021	

OBSERVACIONES

SIINCO S.A.S Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR	BRAYAN TRIANA		
CEDULA	1023009627		
CARGO	AYUDANTE DE OBRA		

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	15/02/2021	Brayan Triana
TAPABOCAS	15/02/2021	Brayan Triana
TAPABOCAS	23/02/2021	Brayan Triana
TAPABOCAS	01/03/2021	Brayan Triana
GUANTES	03/03/2021	Brayan Triana

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ENDER RANGEL		
CEDULA	91667380 4 111988		
CARGO	CONTRATISTA		

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	16-02-2021	
TAPABOCAS	25-02-2021	
GUANTES	01-02-2021	
GUANTES	15-03-2021	
GUANTES	24-03-2021	

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	ANDRY PEROZO
CEDULA	94549852402l985
CARGO	PINTOR

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
GUANTES	17-02-2021	
TAPABOCAS	17-02-2021	
TAPABOCAS	01-02-2021	
GUANTES	01-02-2021	
TAPABOCAS	06-03-2021	
GUANTES	15-03-2021	
GUANTES	30-03-2021	

OBSERVACIONES

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	DARWIN FRANCISCO GARCIA
CEDULA	1.090.469.070
CARGO	PINTOR.

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA
BOTAS	15-02-2021	Darwin
GUANTES	15-02-2021	Darwin
CHAQUETA	15-02-2021	Darwin
PANTALON	15-02-2021	Darwin
TAPABOCAS	15 02-2021	Darwin
GUANTES	15-03-2021	Darwin
TAPABOCAS	1503-2021	Darwin
GUANTES	30-03-2021	Darwin

OBSERVACIONES

ANEXO No 4.

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

Tipo de Trabajo: PINTURA Y RESANES | Solicitante: ENDER RANGEL

Área/sitio donde se realizará el trabajo: FACHADA

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 5 MTS

Descripción del trabajo a realizar: PINTAR Y RESANAR FACHADA CASA DE PARTICIPACIÓN

Herramienta y equipos a utilizar:

ANDAMIO ESCALERA

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
Ender Rangel	91667380411988	

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: NO

Responsable de la actividad: ENDER RANGEL

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	✓		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	✓		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	✓		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	✓		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	✓		
6. El personal se encuentra en condiciones físicas y mentales para realizar el trabajo?	✓		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	✓		
8. EL personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad así como las medidas de control?	✓		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	✓		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	✓		
11. Se ha realizado inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al inicio de la actividad?	✓		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	N/A		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	✓		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al inicio de la actividad?	✓		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	✓		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	✓		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	✓		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	✓		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	✓		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada				
Linea de vida vertical	✓	Casco con barbuquejo	✓	cual
Linea de vida horizontal	✓	Gafas	✓	
Eslinga de posicionamiento	✓	Tapa oidos	N/A	
Eslinga en Y con absorbedor de impacto	✓	Protector naso bucal	✓	
Arnés de cuerpo entero	✓	Guantes	✓	
Anclaje	✓	Botas con puntera	✓	
Señalización	✓	OTROS	N/A	

Observaciones:

Personal que autoriza el trabajo			
Ejecutor	Ender Rangel	1066938041119E C.C	Firma
Coordinador de trabajo en alturas	KAREN MARTINEZ	1098614129 C.C	Firma
Fecha	DESDE 18-03-2021	HASTA 20-03-2021	

Cierre del permiso de trabajo

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

Tipo de Trabajo: PINTURA Y RESANES | Solicitante: ENDER RANGEL

Área/sitio donde se realizará el trabajo: FACHADA

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 5 MTS | FECHA: 01-03-2021 A 06-03-2021

Descripción del trabajo a realizar: PINTAR Y RESANAR PATIO DE FUENTE.

Herramienta y equipos a utilizar:
ANDAMIO, ESCALERA, EQUIPO CONTRACAIDA.

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
ENDER RANGEL	91667380411988	

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: NO

Responsable de la actividad: ENDER RANGEL

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	✓		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	✓		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	✓		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	✓		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	✓		
6. El personal se encuentra en condiciones fisicas y mentales para realizar el trabajo?	✓		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	✓		
8. EL personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad asi como las medidas de control?	✓		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	✓		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	✓		
11. Se ha realizado inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al inicio de la actividad?	✓		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	N/A		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	✓		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al inicio de la actividad?	✓		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	✓		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	✓		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	✓		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	✓		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	✓		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada					
Línea de vida vertical	N/A	Casco con barbuquejo	✓	cual	
Línea de vida horizontal	N/A	Gafas	✓		
Eslinga de posicionamiento	✓	Tapa oídos	N/A		
Eslinga en Y con absorbedor de Impacto	✓	Protector naso bucal	✓		
Arnés de cuerpo entero	✓	Guantes	✓		
Anclaje	✓	Botas con puntera	✓		
Señalización	✓	OTROS	N/A		
Observaciones:					

Personal que autoriza el trabajo				
Ejecutor	Cindy Pungo	1166730041 C.C		Firma
Coordinador de trabajo en alturas	Karen Castro	1098614129 C.C		Firma
Fecha	DESDE 01-03-2021		HASTA 06-03-2021	
Cierre del permiso de trabajo				

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

Tipo de Trabajo: PINTURA EN PARED. | Solicitante: ENDER RANGEL

Área/sitio donde se realizará el trabajo: FACHADA ALCALDIA JUBA (CASA DE PARTICIPACIÓN

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 4 METROS. | FECHA 13-03-2021.

Descripción del trabajo a realizar:
HACER PINTURA DE FACHADA, PINTURA EN FUENTE.

Herramienta y equipos a utilizar: ANDAMIO, PINTURA, MASILLA, RODILLO, ESPATULA LIJA.

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
Ender Rangel	1166738041111988	

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: NO

Responsable de la actividad: ENDER RANGEL.

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	SI		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	SI		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	SI		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	SI		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	SI		
6. El personal se encuentra en condiciones fisicas y mentales para realizar el trabajo?	SI		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	SI		
8. EL personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad así como las medidas de control?	SI		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	SI		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	SI		
11. Se ha realizado inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al inicio de la actividad?	SI		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	SI		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	SI		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al inicio de la actividad?	SI		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	SI		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	SI		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	SI		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	SI		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	SI		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada				
Línea de vida vertical		Casco con barbuquejo	✓	cual
Línea de vida horizontal	✓	Gafas	✓	
Eslinga de posicionamiento	✓	Tapa oidos	N/A	
Eslinga en Y con absorbedor de Impacto	✓	Protector naso bucal	✓	
Arnés de cuerpo entero	✓	Guantes	✓	
Anclaje	N/A	Botas con puntera	✓	
Señalización	✓	OTROS		
Observaciones:				

Personal que autoriza el trabajo			
Ejecutor	Ender Manjarres	9166738041C.C	Firma
Coordinador de trabajo en alturas	Kaem Sharles	1098614124 C.C	Firma
Fecha	DESDE 08-03-2021	HASTA 13-03-2021	
Cierre del permiso de trabajo			

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

Tipo de Trabajo: PINTURA EN FACHADA | Solicitante: ENDER RANGEL

Área/sitio donde se realizará el trabajo: FACHADA, 2 PISO.

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 5 MTS

Descripción del trabajo a realizar: MASILLAR, PINTURA EN PARED

Herramienta y equipos a utilizar: ANDAMIO, ESCALERA

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
Ender Rangel	91667380911988	

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: NO

Responsable de la actividad: ENDER RANGEL

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	✓		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	✓		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	✓		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	✓		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	✓		
6. El personal se encuentra en condiciones físicas y mentales para realizar el trabajo?	✓		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	✓		
8. EL personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad así como las medidas de control?	✓		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	✓		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	✓		
11. Se ha realizado Inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al Inicio de la actividad?	✓		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	✓		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	✓		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al inicio de la actividad?	✓		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	✓		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	✓		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	✓		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	✓		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	✓		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada				
Línea de vida vertical	✓	Casco con barbuquejo	✓	cual
Línea de vida horizontal	✓	Gafas	✓	
Eslinga de posicionamiento	✓	Tapa oídos	N/A	
Eslinga en Y con absorbedor de impacto	✓	Protector naso bucal	✓	
Arnés de cuerpo entero	✓	Guantes	✓	
Anclaje	✓	Botas con puntera	✓	
Señalización	✓	OTROS		
Observaciones:				

Personal que autoriza el trabajo				
Ejecutor	Ender Rangel	91667382411 C.C		Firma
Coordinador de trabajo en alturas	Karen Martinez	1098611129 C.C	Karen Martinez	Firma
Fecha	DESDE 23-03-2021		HASTA 27-03-2021	
Cierre del permiso de trabajo				

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2015

Tipo de Trabajo: Solicitante: ENDER RANGEL

Área/sitio donde se realizará el trabajo: 1 PISO BODEGA

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 6 M+S

Descripción del trabajo a realizar: PINTURA, MASILLAR, RESANE EN PAREDES EN BODEGA ESPATULA,

Herramienta y equipos a utilizar: ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL, BROCHA, RODILLO,

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
Ender Rangel O	91667380411198B	
Darwin Garcia 1090469070	1090469070	Darwin G

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: ND

Responsable de la actividad: ENDER RANGEL

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	X		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	X		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	X		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	X		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	X		
6. El personal se encuentra en condiciones fisicas y mentales para realizar el trabajo?	X		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	X		
8. EL personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad así como las medidas de control?	X		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	X		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	X		
11. Se ha realizado inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al inicio de la actividad?	X		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	X		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	X		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al inicio de la actividad?	X		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	X		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	X		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	X		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	X		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	X		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada					
Linea de vida vertical		Casco con barbuquejo	X	cual	
Linea de vida horizontal	X	Gafas	X		
Eslinga de posicionamiento	X	Tapa oídos			
Eslinga en Y con absorbedor de impacto		Protector naso bucal			
Arnés de cuerpo entero	X	Guantes	X		
Anclaje		Botas con puntera	X		
Señalización	X	OTROS			
Observaciones:					

Personal que autoriza el trabajo					
Ejecutor	Ender Lanzo	91667380411 C.C	Firma		
Coordinador de trabajo en alturas	KAREN MARINEZ	1098614124 C.C	KAREN M. Firma		
Fecha	DESDE	29-03-2021	HASTA	31-03-2021	
Cierre del permiso de trabajo					

SIINCO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-003
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

Tipo de Trabajo: ARREGLOS EN CANALES | Solicitante: CESAR DUARTE

Área/sitio donde se realizará el trabajo: CANALES DE TEJADO CASA DE PARTICIPACIÓN

Altura aproximada a la que se va a desarrollar la actividad: 7 MTS.

Descripción del trabajo a realizar: ARREGLOS EN CANALES, VERIFICACION EN TEJAS

Herramienta y equipos a utilizar: ANDAMIO EQUIPO CONTRACAIDAS,

Trabajadores Autorizados

Nombre del trabajador	C.C	Firma
Darwin García	1090 469 070	Darwin G

Existe otro permiso que interfiera con este trabajo: NO

Responsable de la actividad: CESAR DUARTE

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
1. Están todos los trabajadores involucrados en la labor afiliados a EPS, ARL y AFP?	✓		
2. Cuentan los trabajadores involucrados con curso de alturas nivel avanzado vigente?	✓		
3. Los trabajadores son aptos para trabajar en alturas según el examen medico ?	✓		
4. El trabajador manifiesta no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	✓		
5. Se cuenta con un metodo de comunicación optimo para el desarrollo de la labor?	✓		
6. El personal se encuentra en condiciones físicas y mentales para realizar el trabajo?	✓		
7. Se tiene un análisis de riesgo especifico para la actividad?	✓		
8. El personal involucrado en la actividad conoce los peligros y riesgos asociados a la actividad así como las medidas de control?	✓		

Precauciones de seguridad.			
Lista de verificación	Cumple	No cumple	N/A
9. El área se encuentra delimitada, señalizada y organizada?	✓		
10. Conocen los trabajadores la actividad a desarrollar?	✓		
11. Se ha realizado inspección de los equipos, herramientas y áreas de trabajo previo al inicio de la actividad?	✓		
12. Se ha realizado la verificación de los puntos de anclaje?	✓		
13. EL personal cuenta con los EPP para el desarrollo de la labor?	✓		
14. los trabajadores cuentan con los SPCC necesarios para el desarrollo de la actividad y se ha realizado la inspección de estos previo al Inicio de la actividad?	✓		
15. Se ha realizado la verificación de los sistemas de acceso para trabajo en alturas (escaleras, andamios)?	✓		
16. El personal conoce el plan de rescate y evacuación de la obra o del sitio de trabajo?	✓		
17. Están definidas las responsabilidades del personal que participa en la brigada de emergencia y rescate?	✓		
18. El personal manifiesta no consumir medicamentos que le impidan realizar trabajos en alturas	✓		
19. Las condiciones ambientales del sitio de trabajo no presentan riesgo para el personal que realiza la actividad.	✓		

Marque con una X los EPP y los SPCC que se requieran para el desarrollo de la activada					
Linea de vida vertical	✓	Casco con barbuquejo	✓	cual	
Linea de vida horizontal	✓	Gafas	✓		
Eslinga de posicionamiento	✓	Tapa oidos	N/A		
Eslinga en Y con absorbedor de Impacto	✓	Protector naso bucal	✓		
Arnés de cuerpo entero	✓	Guantes	✓		
Anclaje	✓	Botas con puntera	✓		
Señalización	✓	OTROS	N/A		
Observaciones:					

Personal que autoriza el trabajo				
Ejecutor	Cesar Duarte	79683576 C.C		Firma
Coordinador de trabajo en alturas	KAREN MARTINEZ	1098611169 C.C		Firma
Fecha	DESDE	24-04-2021	HASTA	24-04-2021
Cierre del permiso de trabajo				

ANEXO No 5.

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACIÓN	Ubicación donde se realiza el trabajo: CII 147 #90-62
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 01-03-2021	Lugar de Trabajo: 1 PISO ARCHIVOS. 2 PISO ARCHIVOS
Fecha de inico 01-03-2021	fecha de terminacion 06-03-2021
Descripción de la tarea a realizar: DIVISIONES DE PUERTAS Y VENTANAS EN METAL 1 Y 2 PISO CASA DE PARTICIPACION Y ALCADIA.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores Ejecutor	Firma
Alexander Jose Franco 1023958723	
Hector Danilo Jimenez 4090713	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	
Eléctricas	SI	
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras	N/A	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

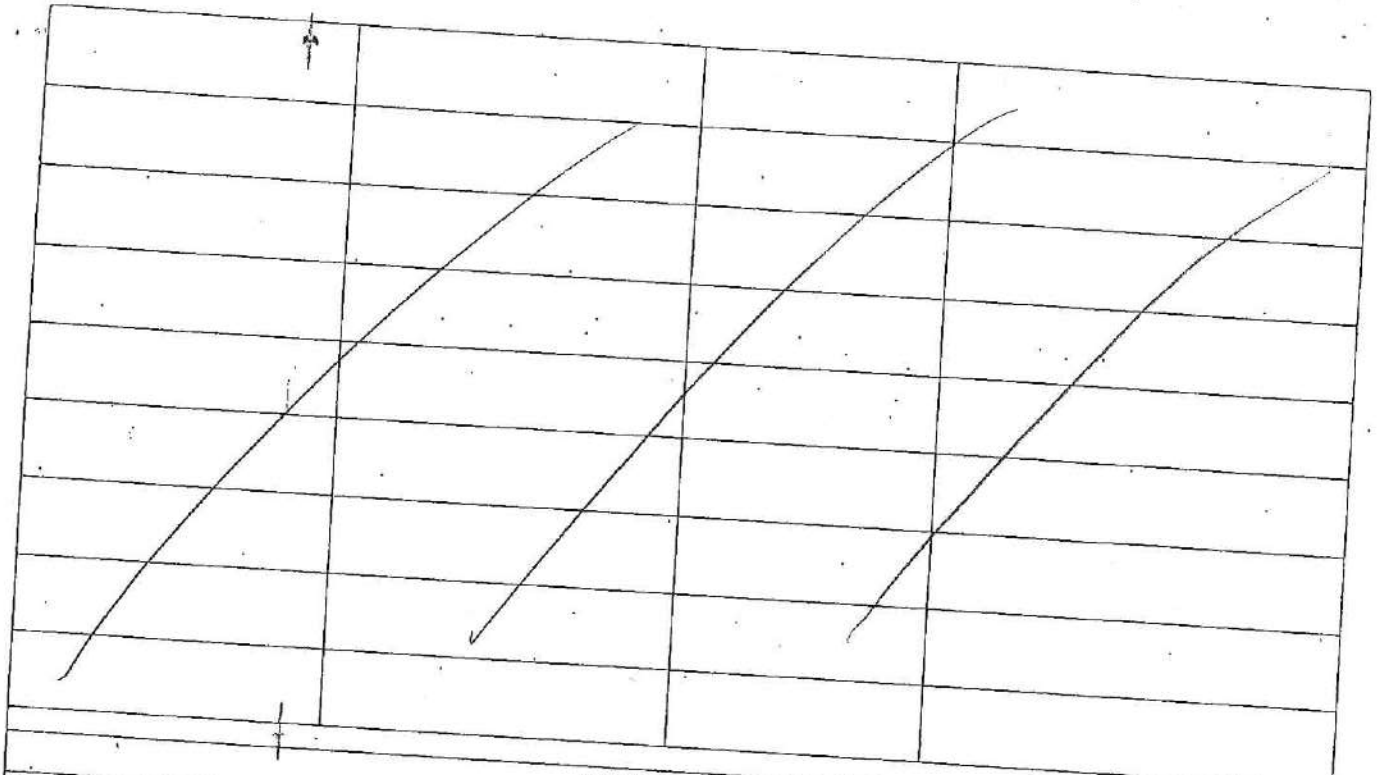
E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	N/A	
Barbuquejo	N/A	

Botas	X
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	X
Gafas	X
Tapa Oidos	X
Guantes	X

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, BOTAS, GAFAS.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	TALADRO ESTRUCTURA METALICA TORNILLO COLILLADORA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	No
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	No
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	No

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO= FLUIDOS	GRIPA COVID 19	TAPABOCAS LAVADO DE MANOS
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO = CAIDAS A NIVEL	GOLPES TORCEDURAS ESGUINCE	BOTAS GUANTES TAPABOCAS
AJUSTAR ESTRUCTURA DE ALUMINIO	FISICO= RUIDO BIOMECANICO ESFUERZO MECANICO=GOLPE con HERRAMIEN	HIPOACUSIA ESFUERZO GOLPES, CORTADURAS	TAPAOIDOS GUANTES TAPABOCAS BOTAS
HACER CORTE CON RETESTIADORA	FISICO= RUIDO QUIMICO= PARTICULAS BIOMECANICO = ESFUERZO MECANICO= CORTE CON MAQUINA	HIPOACUSIA PROYECCION PARTICULA HERNIAS ESGUINCE GOLPES CORTADURAS	GUANTES BOTAS TAPABOCAS GAFAS
HACER CORTE CON ACOLILLADORA	FISICO=RUIDO QUIMICO = PARTICULAS BIOMECANICO =ESFUERZO MECANICO= CORTE CON MAQUINA	HIPOACUSIA PROYECCION PARTICULA HERNIAS ESGUINCE GOLPES CORTADURAS	GUANTES BOTAS TAPABOCAS GAFAS
UNIR ESTRUCTURA CON TALADRO	FISICO = RUIDO QUIMICO= PARTICULA BIOMECANICO = ESFUERZO MECANICO= GOLPE CON HERRAMIEN	HIPOACUSIA PROYECCION PARTICULA HERNIAS ESGUINCE GOLPES CORTADURAS	GUANTES BOTAS TAPABOCAS
INSTALAR VIDRIO	FISICO= RUIDO BIOMECANICO ESFUERZO MECANICO= GOLPE CON HERRAM. O MATERIALES	HIPOACUSIA PROYECCION PARTICULA HERNIAS GOLPES HERIDAS	GUANTES BOTAS TAPABOCAS.
ORDEN Y ASEO.	LOCATIVO = CAIDA OBJETOS ORDEN Y ASEO	GOLPES CAIDAS	SEÑALIZACION ORDEN Y ASEO



EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☐ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Héctor Danilo Jiménez.	
Alexander Jutz Franco	
Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129	KAREN MARTINEZ.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa:	Ciudad:
SIINCO	BOGOTA
Area/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:
CASA DEL DEPORTE Y PARTICIPACIÓN	CALLE 147 #90-62
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa):	Lugar de Trabajo:
01-03-2021	CUBIERTA CASA DEL DEPORTE 1 PISO PARTICIPACIÓN
Fecha de Inicio	Fecha de terminacion
01-03-2021	06-03-2021

Descripción de la tarea a realizar: ARREGLOS EN BAÑOS CASA PARTICIPACION Y CASA DEL DEPORTE ARREGLOS EN PLACA Y TANQUE.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
William Rodriguez 1073689625	
Brayan Andres Trance 1023009622	BrayanTrance

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	
Eléctricas	X	
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	N/A	
Barbuquejo	N/A	

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

VII. ANALISIS DE LA AREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	2 METROS Y MEDIO
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ESCALERA, PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	ESCALERA, FLANCHE, FLOTADOR
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICOS = FLUIDOS	• GRIPA, COVID 19	- TAPABOCAS LAVADO DE MANOS TEMPERATURA
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	MECANICO = MAQUINAS LOCATIVO = CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	GOLPES CON MAQUINAS CAIDAS TOLCEDULAS ESGUINCE	• SEÑALIZACION ORDEN Y ASEO
TERMINAR EMBOQUILLADO INSTALAR PUERTAS	QUIMICO = LIQUIDOS POLVOS MECANICO = HERRAMIENTAS	• IRRITACION EN MANOS • GOLPES CONTUSIONES ATRAPAMIENTO	• GUANTES / SEÑALIZACIÓN ORDEN Y ASEO
INGRESAR POR ESCALERA A PLACA	FISICO = RADIACIONES NO IONIZANTES LOCATIVO = CAIDAS A NIVEL	• GOLPES DE CALOR • CAIDAS GOLPES • RESBALONES	• BOTAS GUANTES AREA LIBRE DE OBSTACULOS.
COLOCAR CINTA FLANCLE Y REMATES EN PLACA DE TANQUE	QUIMICO = LIQUIDO. BIOMECANICO = POSTURAS MECANICO = HERRAMIENTA LOCATIVO = AREA DESNIVEL	• QUEMADURAS EN PIEL • ESGUINCES LUMBALGIA. • RESBALONES	• GUANTES MOVIMIENTO DE CARGAS CORRECTO. • BOTAS. SEÑALIZACIÓN
IMPERMEABILIZACION PLACA	QUIMICO = LIQUIDO. BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = DESNIVEL AREA	• QUEMADURAS IRRITACIÓN • LUMBALGIA DOLOR ESPALDA • RESBALONES	BOTAS GUANTES ORDEN EN AREA
IMPERMEABILIZACION FLANCHES	QUIMICO = LIQUIDO BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = ORDEN Y ASEO	• QUEMADURAS IRRITACION • LUMBALGIA • RESBALONES	BOTAS, GUANTES ORDEN AREA
INSTALACION FLOTADOR EN TANQUE	QUIMICO = LIQUIDO BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = ORDEN Y ASEO	• QUEMADURAS IRRITACIÓN • LUMBALGIA • RESBALONES	BOTAS GUANTES ORDEN AREA

IMPERMEABILIZACIÓN MURO	QUIMICO = LIQUIDOS BIOMECANICO = POSTURAS. LOCATIVO = ORDEN Y ASEO	QUEMADURAS IRRITACION EN PIEL ESFUERZO POSTURAS CAIDAS RESBALONES	BOTAS GUANTES TAPABOCAS AREA ASEADA Y ORDENADA
ORDEN Y ASEO EN AREA	LOCATIVO = ORDEN Y ASEO	CAIDAS RESBALONES	BOTAS GUANTES TAPABOCAS AREA ASEADA Y ORDENADA

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129	KAREN MARTINEZ.

148

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Área/Proceso: CASA DE PARTICIPACIÓN	Ubicación donde se realiza el trabajo: 1 Y 2 PISO
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 01-03-2021	Lugar de Trabajo: ALCALDIA DE SUBA
Fecha de Inicio 01-03-2021	Fecha de terminacion 06-03-2021

Descripción de la tarea a realizar: EMBOBILLAR, INSTALACION DRYWALL, ENMASILLAR, PINTURA, PRIMERA MANO 2 MANO, 3 MANO, LIJAR, COLOCAR ACRILICO. MOVER EQUIPOS RESANAR CANALETA LIMPIEZA EN CANALES.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS		OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Leopoldo Jaramillo 79307461	
Ender Rangel 91667380 4111989	
Pedro Lopez 5408444	POPO
Darwin Garcia 1090469070	Darwin Garcia
Francisco Ruiz 1014314607	
Jose Ruiz 1019155070	
DENNIS Ruiz 1.045764218	
Andrea Rosero	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada uno de las herramientas a utilizar.
Manuales		
Eléctricas		
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras	N/A	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

Botas	X
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	X
Gafas	X
Tapa Oidos	X
Guantes	X

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	5 MTS
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	HAY ANDAMIO PARA LA TAREA
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EPC Y EPP'S.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	CASCO, BOTAS, GUANTES, TAPABOCAS
¿Cuántos trabajadores se requieren?	8
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	ANDAMIO, PINTURA, RODILLO, MASILLA, TALADRO,
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	FLUIDOS = SALIVA SECRECION	CONTAGIO GRIPA O COVID 19	TAPABOCAS LAVADO DE MANOS
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO (CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACION AREAS ORDEN
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTES DE TRANSITO PUBLICOS E ROBOS	ARROJADO POR ALTOS GOLPES, CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREA PERSONA ATENTA EN VIA EPP'S (GUANTES CASCO BOTAS)
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACION	MECANICOS = GOLPES CON PARTES DE EQUIPO	GOLPES, MACHUCONES	FORMATO DE EQUIPOS. ALTURAS. GUANTES..
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS	LOCATIVOS = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPES CON HERRAMIENTAS.	GOLPES, MACHUCONES GOLPES CON EQUIPOS QUE MUEVA.	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA.
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS = MATERIAL PARTICULADO LIQUIDOS. LOCATIVO = CAIDA MATERIAL O HERRAMIENTA	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	TAPABOCAS. GUANTES, BOTAS. AST GAFAS.
INSTALAR OMEGA	RUIDO = RUIDO INTERMITENTE. LOCATIVO = CAIDA MATERIAL O A NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS PROLONGADAS	HIPOACUSIA. CAIDAS GOLPES ESCOLIOSIS.	TAPAOIDOS, GUANTES TAPABOCAS. BOTAS. ANDAMIO
INSTALACION DRYWALL.	RUIDO = INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y A NIVEL MECANICO = GOLPES CON HERRAMIENTA BIOMECANICO = PROLONGADAS.	GOLPES CAIDAS. CONTUSIONES. MACHUCONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS, AST GAFAS ANDAMIO

MASILLAR DRYWALL Y PAREDES	QUIMICO= POLVOS, MATERIAL PARTICULA LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO= GOLPE CON HERRAMIENTA BIOMECANICO= POSTURAS.	ASFIXIA, AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS DEMARCACION
LIJAR PAREDES	QUIMICO= POLVOS MATERIA PARTICO LOCATIVO= CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO: POSTURAS.	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACIÓN GUANTES TAPABOCAS
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO.	QUIMICO= POLVOS MATERIAL P. LOCATIVO= CAIDA MATERIA Y HERRAMIENTAS.	ASFIXIA AHOGAMIENTO LOCATIVO= CAIDA MATERIAL.	TAPABOCAS, GUANTES BOTAS DE MARCACIÓN
LIMPIAR CANALES	ALTURAS= CAIDA A OTRO NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO= CAIDA A NIVEL.	CAIDAS MUERTE. CANSANCIO SINDROME DEL TUNEL.	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION ANDAMIO PERMISOS.
ENTREGA DE AREA	LOCATIVO= CAIDA A NIVEL.	CAIDAS.	AREA EN ORDEN Y ASEO.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ SI, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
ANDRA Perez	
Darwin Garcia R 1090469.010	Darwin Garcia R
Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129.	KAREN MARTINEZ

SIINCO SAS	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO SAS	Ciudad: Bogota.
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACION	Ubicación donde se realiza el trabajo: ALCALDIA DE SUBA
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 08-03-2021	Lugar de Trabajo: PISO 1 A PISO 2 CUBIERTA
Fecha de Inico 08-03-2021	fecha de terminacion 13-03-2021

Descripción de la tarea a realizar: EMBOQUILLAR, INSTALACION DRYWALL, ENMASILLAR, PINTURA PRIMERA MANO, 2 MANO 3 MANO LIJAR COLOCAR OMEGA, COLOCAR ACRILICO Y MOVER EQUIPOS PINTURA EN FACHADA Y MARCOS

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA X	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula Nombres y Apellidos de los trabajadores Ejecutor	firma
Darwin Garcia 1090960170	Darwin Garcia B
AIDRY Perozo 94549852402 1985	
Pedro Ropero 5408447	Pedro
Ender Rangel 0166738411 1988	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	TALADRE, LLANA, ESPATULA, RODILLO, BROCHA,
Eléctricas	SI	TALADRO,
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	
CEDULA	
CARGO	

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA

OBSERVACIONES

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

VII. ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	5 MTS
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ANDAMIO, ESCALERA.
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EQUIPO ALTURAS, LINEA DE VIDA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	CASCO BARBUQUEJO, BOTAS, GUANTES TAPABOCAS
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	MASILLA, PINTURA, VINICO, LIJA, BROCHA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO = FLUIDOS	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID 19 GRIPA	TAPABOCAS. LAVAMANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO (CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACIÓN AREAS ORDEN
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO= GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTES DE TRANSITO PUBLICOS = ROBOS	ARROJADO POR ANTOS GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREA PERSONA ATENTA EN VIA EPPS GUANTE CASCO BOTAS)
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACIÓN	MECANICOS= GOLPES CON PARTES DEL EQUIPO	GOLPES, MACHUCONES	FORMATO DE EQUIPO ALTURAS GUANTES.
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS	LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPES CON HERRAMIENTAS	GOLES, MACHUCONES GOLPES CON EQUIPOS QUE MUEVA	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA.
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS= MATERIAL PARTICULA LOCATIVO= LIQUIDOS CAIDA M HERRAMIENTA	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES COLTADAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST CAIDAS ANDAMIO
INSTALAR OMEGA	RUIDO= RUIDA INTERMITENTE LOCATIVO= CAIDA MATERIAL BIOMECANICOS= POSTURAS PROLONG	HIPOACUSIA CAIDAS GOLPES ESCOLIOSIS	TAPAOIDOS GUANTES TAPABOCAS BOTAS ANDAMIO
INSTALACIÓN DRYWALL	RUIDO= INTERMITENTE LOCATIVO= CAIDA MATERIAL BIOMECANICO POSTURAS PROLONGA	GOLPES CAIDAS CORTOS IUNES MACHUCONES.	TAPABOCAS, GUANTES BOTAS AST CAIDAS ANDAMIO

MAJILLAS DRYWALL Y PAREDES	QUIMICOS= POLVOS MATERIAL P LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO= GOLPE CON HER BIOMECANICO= POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES, CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS DE MARCACION
LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO= POLVOS MATERIAL P LOCATIVO= CAIDA MATERIAL BIOMECANICO POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACION GUANTES TAPABOCAS
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO= CAIDA MATERIAL Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO LOCATIVO= CAIDA MATERIAL	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DE MARCACION
LIMPIAR CANALES	ALTURAS= CAIDA A OTRO NIVEL BIOMECANICO= POSTURAS LOCATIVO= CAIDA A NIVEL	CAIDAS MUERTE CANSANCIO SINDROME DE ARNES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION ANDAMIO PERMISOS
ENTREGA DE AREA	LOCATIVO= CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado al paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ SI, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Erick Rangel 916673804111	
Pedro Ropero 540gmm4	Pedro
Anny Peroza 945498524021995.	
Darwin Garcia 1090469070	Darwin Garcia 13

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: ALCALDIA SUBA	Ubicación donde se realiza el trabajo: DEPORTE, PARTICIPACIÓN ALCALDIA
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 15-03-2021	Lugar de Trabajo: CASA DE DEPORTE PARTICIPACIÓN ALCALDIA
Fecha de Inico 15-03-2021	fecha de terminacion 20-03-2021

Descripción de la tarea a realizar: PINTURA EN FACHADA, RESANES, PINTURA EN MARCOS, GOTERAS INSTALACIÓN ARYWALL, PINTURA EN PARED MAMPOSTERIA.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS		OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula Nombres y Apellidos de los trabajadores Ejecutor	firma
Ender Rangel 91667380411098	
Pedro A. Briceño 7139139151219?0	
Darwin Cortina 1090469.070	
[illegible] 9751985260400	
PEDRO 1540344	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	TALADRO, ANDAMIO
Eléctricas	SI	ESPATULA, RODILLO, BROCHA,
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P.
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

Botas	SI	
Botas Pantaneras	NO	
Tapa Bocas	SI	
Gafas	SI	
Tapa Oidos	SI	
Guantes	SI	

ANALISIS DE LA AREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	5 MTS
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	PUERTA, ESCALERAS
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EQUIPO CONTRA CAIDAS
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, BOTAS, CASCO CON BARBUQUEJO
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	BROCHA, PINTURA, RODILLO, ESPATULA, LLANA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO = FLUIDOS	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID19 GRIPA	TAPABOCAS. LAVAMANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO = CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACION AREAS ORDEN
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO=CAIDA MATERIAL MECANICO=GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTE DE TRANSITO. PUBLICOS, ROBOS	ARROJADO POR ALTOS GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREA PERSONA ATENTA EN VIA EPP'S GUANTE CASCO BOTAS
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACION	MECANICOS = GOLPES CON PARTES DEL EQUIPO	GOLPES MACHUCONES GOLPES CON EQUIPOS QUE MUEVA	FORMATO DE EQUIPO ALTURAS GUANTES
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS.	LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPES CON HERRAMIENTAS	GOLPES MACHUCONES GOLPES CON EQUIPOS QUE MUEVA	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA.
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS = MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO = CAIDA MATERIAL HERRAMIENTA	ASFIXIA = AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GUANTES ANDAMIO
INSTALAR ONEGA	FISICO = RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS PROLONGADA	HIPOACUSIA CAIDAS GOLPES ESCOLIOSIS	TAPAOIDS GUANTES TAPABOCAS BOTAS ANDAMIO
INSTALACION DRY WALL	RUIDO = INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS PROLONG	GOLPES CAIDAS CONTUSIONES MACHUCONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GAFAS ANDAMIO

MASILLAS DRYWALL Y PAREDES	QUIMICOS = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y MECANICO GOLPE CON HER BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA, AHOGAMIENTO GOLPES, CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES, BOTAS TAPABOCAS DEMARCACION
LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL BIOMECANICO POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACION GUANTES TAPABOCAS
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO LOCATIVO = CAIDA MATERIAL	DEMARCACION TAPABOCAS GUANTES BOTAS
LIMPIAR CANALES	ALTURAS = CAIDA A OTRO NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS MUERTE CANSANCIO SINDROME DE ARNES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION ANDAMIO PERMISOS
ENTREGA DE AREA.	LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, detengase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☐ No, continúe con la tarea con precaución. Implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☐ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Andres 1095985240219855	
Dawin Garcia 1090469070	Dawin Garcia
Pedro A. Briceño 7139139151219470	
Pedro Rapeto 5408444	Pedro
Emdi Ponsci 9166738041111988	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098644129.	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO SAS	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACION	Ubicación donde se realiza el trabajo: ALCALDIA DE SUBA 1 Y 2 PISO
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 23 A 27 DE MARZO/2021	Lugar de Trabajo: PARQUEADERO, 1 Y 2 PISO
Fecha de inicio 23-03-2021	Fecha de terminacion 27-03-2021
Descripción de la tarea a realizar: EMBOQUILLAR, INSTALACION DRY WALL, ENMASILLAR, PINTURA PRIMERA MANO, 2 MANO, 3 MANO, LIJAR, COLOCAR OMEGA, COLOCAR ACRILICO Y MOVER EQUIPOS PINTURA EN FACHADA Y MARCOS	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Danwin Garcia 1007040870	Danwin Garcia
Andres Perez 9959985402198S	
Pedro A. Briceño 7139139151219 70	
Ender Arenas 91167380411/988	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	
Eléctricas	SI	
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	5 MTS.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	VENTANA, PUERTA, ESCALERAS
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EQUIPO PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	CASCO CON BARBUQUEJO BOTAS, TAPABOCAS
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	PINTURA, MASILLA, ESTUCO.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO=FLUIDOS	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID 19 GRIPA	TAPABOCAS LAVAMANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO(CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACION AREAS ORDEN.
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO=CAIDA MATERIAL MECANICO=GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTES DE TRANSITO PUBLICOS ROBOS	APLASTADO POR AUTOS GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREAS ORDEN
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACIÓN	MECANICOS=GOLPES CON PARTES DE EQUIPO	GOLPES MACHUCONES	FORMATO DE EQUIPOS DE ALTURAS GUANTES
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS:	LOCATIVOS=CAIDA MATERIAL MECANICO=GOLPES CON HERRAMIENTAS	GOLPES, MACHUCONES GOLPES CON CAIDOS QUE MUEVA	GUANTES ORDEN Y ASEO EN OBRA
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS=MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO=HUECOS CAIDA M HERRAMIENTA	ASFIXIA ATRAGANTAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS ANTI CAIDAS ANDAMIO
ACTIVIDAD PINTURA EN BODEGA	QUIMICO=POLVOS, VAPORES MATERIA LOCATIVO=CAIDA MATERIAL ALTURAS=CAIDA A DISTINTO NIVEL MECANICO=GOLPES CON HERRAMIENTA	ASFIXIA ATRAGANTAMIENTO MAL MUERTE PERDIDA DE CAPACIDAD GOLPES MACHUCONES	EQUIPO DE ALTURAS, CORTES CONTROL DE CAIDA, AREA DESPEJADA, DOCUMENTACION
INSTALAR OMEGA	RUIDO=INTERMITENTE LOCATIVO=CAIDA MATERIA BIOMECANICO POSTURAS P	GOLPES, CAIDAS CONTUSIONES MACHUCONES	TAPABOCAS, GUANTES, BOTAS ANTI, CAIDAS, ANDAMIO

INSTALAR DRYWALL	RUIDO = INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL A NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS PROL	GOLPES CAIDAS CONTUSIONES MACULACIONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS, AST GAFAS ANDAMIO.
MASILLAS DRYWALL Y PAREDES	QUIMICOS = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON HERR BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS DE MARCACION.
LIJAR PAREDES	QUIMICO = POLVOS MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO = CAIDAS DE MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACION GUANTES TAPABOCAS
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P. LOCATIVO = CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACION GUANTES TAPABOCAS.
LIMPIAR CANALES	ALTURAS = CAIDA A OTRO NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS MUERTE CANSANCIO SINDROME OCTARNES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION ANDAMIO CASCO PERMISOS
ENTREGA DE AREA.	LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Danny Garcia 9054925240219975	
Damian Garcia 1090 469 070	Damian Garcia
Pedro A. Briceño 7139159151211970	
[illegible] 9166233804111	
PEDRO ROPERO 54084414	PEDRO

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: ALCALDIA DE SUBA	Ubicación donde se realiza el trabajo: CASA DE PARTICIPACIÓN
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 29-03-2021	Lugar de Trabajo:
Fecha de Inico 29-03-2021	Fecha de terminacion 31-03-2021
Descripción de la tarea a realizar: PINTURA EN PARED ESTRUCTURAS, ARCHIVOS LOCATIVOS PARED BODEGA FACHADA PINTURA EN MARCOS Y PUERTAS.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO EN ALTURA	SI	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS		OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Eudoc Rangel 91667380	
Darwin Garcia 1090469070	Darwin Garcia
Pedro A. Briceño P13913151219 70	
Daniel Rozo 1025883144011995	
PEDRO POPAYAN 5408444	PEDRO

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	PUNTERO, ESPATULA, RODILLO BROCHA
Eléctricas	SI	TALADRO
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras	N/A	

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

Botas	SI	
Botas Pantaneras	N/A	
Tapa Bocas	SI	
Gafas	SI	
Tapa Oidos	SI	
Guantes	SI	

ANALISIS DE LA AREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	5 MTS
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ESCALERA, PUERTA, ANDAMIO
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EQUIPO PROTECCION CONTRA CAIDAS
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, TAPABOCAS, BOTAS GAFAS
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	MASILLA, RODILLO, ANDAMIO
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos flosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	FLUIDOS = SAUNA DESERCION	GRIPA CONTAGIO COVID	TAPABOCAS LAVADO DE MANO
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVOS=CAIDA DE MATERIAL MECANICO=GOLPE A	CAIDAS TORCEDURA	GUANTES BOTACION VERIFICACION AREA
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	MECANICO = GOLPE CON LOCATIVO = CAIDA MAT	ASFIXIA ATRAPAM, GOLPES CAIDAS	DELIMITACION GUANTES BOTAS INSPECCION.
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACION	MECANICO=GOLPE CON H LOCATIVO= CAIDA MTA	GOLPES MAGULLONES CAIDAS	GUANTES, BOTAS DEMARCACION
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS	LOCATIVO= CAIDA MAT QUIMICO = MAT PARTICULADO	GOLPES CAIDAS	DEMARCACION BOTAS TAPABOCAS
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICO=POLVO MATERIALES LOCATIVO=CAIDA DE MATERIAL	GOLPES MAGU ASFIXIA	TAPABOCAS, GUANTES BOTAS
INSTALAR OMEGA	RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO CAIDA MAT	GOLPES CAIDAS CAIDAS A NIVEL	GUANTES BOTAS DEMARCACION
INSTALACION DRY WALL	RUIDO INTERMITENTE QUIMICO POLVOS Y MAT PARTICULADO	GOLPES MAGULLONES	DEMARCACION GUANTES BOTAS

MASILLAS DRYWALL Y PAREDES	QUIMICO POLVOS MP LOCATIVO CAIDAS	ASFIXIA GOLPES CAIDA	BOTAS TAPABOCAS GUANTES
LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA DE M.	ASFIXIA GOLPES CAIDAS	BOTAS TAPABOCAS GUANTES
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO =	CAIDAS GOLPES	BOTAS TAPABOCAS GUANTES
LIMPIAR AREA Y ENTREGAR.	QUIMICO = MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO	CAIDAS	BOTAS TAPABOCAS GUANTES
C			

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Arnoldo Perez 1-1254-0514	
Darwin Garcia 6-0904-69-070	Darwin G
Erick Arango 9-166-738-4111 988	
PEDRO ROPERO 5-408-444	PEDRO

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1-098-624-129	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa:	Ciudad:
SIINCO	BOGOTA
Area/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:
ALCALDIA DE SUBA/CASA DE PARTICIPACION	1 APTO 2 / FACHADAS
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa):	Lugar de Trabajo:
05-04-2021	CASA DE PARTICIPACION
Fecha de inico	Fecha de terminacion
05-04-2021	10-04-2021

Descripción de la tarea a realizar: EMBOQUILLAR, INSTALACION DRYWALL, ENMASILLAR PINTURA PRIMERA MANO, 2 MANO, 3 MANO, LIJAR, COLOCAR OMEGA, COLOCAR ACRILICO Y MOVER EQUIPOS, PINTURA EN FACHADA Y MARCOS

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores Ejecutor	Firma
1090469010 Darwin Garcia B	Darwin Garcia B
Alizon Apicalo 9454985 2402985	
Pedro A. Barrero 7139139151219 70	
Pedro Ropero 5408444	Pedro HP

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	
Eléctricas	SI	
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P.
Casco	N/A	
Barbuquejo	N/A	

Botas	SI	
Botas Pantaneras	N/A	
Tapa Bocas	SI	
Gafas	SI	
Tapa Oidos	SI	
Guantes	SI	

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	PUERTA, ESCALERAS
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS TAPAOIDOS.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	PINTURA, MASILLA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO = FLUIDOS FLUIDOS.	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID 19 GRIPA	TAPABOCAS LAVAMANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO (CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO.	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACIÓN AREAS ORDEN.
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTES DE TRANSITO PUBICOS = ROBOS	ARROJADO POR ALTOS GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREA PERSONA ATENTA EN VIA EPPS (GUANTES, CASCO, BOTAS)
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACIÓN	MECANICOS = GOLPES CON PARTES DEL EQUIPO.	GOLPES, MACHUCONES	FORMATO DE EQUIPO ALTURAS GUANTES.
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS.	LOCATIVOS = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPES CON HERRAMIENTAS	GOLPES, MACHUCONES GOLPES CON EQUIPOS QUE MUEVA	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA.
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS = MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO = LIQUIDOS CAIDA M. HERRAMIENTA	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES COSTURAS	TAPABOCAS. GUANTES BOTAS AST GAFAS ANDAMIO
INSTALAR OMEGA	RUIDO = RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIALO A NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS FORZADAS	HIPOACUSIA CAIDAS GOLPES ESCOLIOSIS	TAPAOIDOS GUANTES TAPABOCAS BOTAS ANDAMIO
INSTALACION DRYWALL	RUIDO = INTERMITENTE. LOCATIVO = CAIDA MATERIAL O BIOMECANICO = POSTURAS FORZADAS	GOLPES CAIDAS CONTUSIONES MACHUCONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS, AST GAFAS ANDAMIO.

MASILLAS DRYWALL Y PAREDES.	QUIMICOS = POLVOS, MATERIA PARTIC LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON HERRAMI BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA, AHOGAMIENTO BOLPES, CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS DE MARCACION
LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO = POLVOS MATERIA PART LOCATIVO = CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO BOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DE MARCACION GUANTES TAPABOCAS
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO LOCATIVO = CAIDA MATERIAL	TAPABOCAS, GUANTES BOTAS DE MARCACION
LIMPIAR CANALES	ALTURAS = CAIDA A OTRO NIVEL BIOMECANICO = POSTURAS LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS MUERTE CANSANCIO SINDROME DE LARNES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS BOTAS DE MARCACION ANDAMIO PERMISOS
ENTREGA DE AREA.	LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☑ SI, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 7139139151219 70	PAzuly
Damian Garcia B 1090469 070	Damian Garcia B
Pedro Ropero 5408444	Pedro. R

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACIÓN	Ubicación donde se realiza el trabajo: ALCALDIA DE SUBA.
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 12-04-2021	Lugar de Trabajo: CASA DE PARTICIPACIÓN
Fecha de inico 12-04-2021	fecha de terminacion 17-04-2021
Descripción de la tarea a realizar: PINTURA EN PAREP, MASILLAR, RESANES EN PARED, PINTURA EN MARCOS, PINTURA EN ARCHIVO. INSTALACION PARTES EN BAÑO.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores Ejecutor	
Pedro A. Briceño 7139139151219 70	
Daniela Garcia CC 1090 469 040	Daniela G
Pedro Lopeno 5408444	PEDRO L
Francisco Javier Graciano Rodriguez	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	BROCHA, PINTURA, MASILLA, RODILLO, ESCALERA, LLAVE DE TUBO
Eléctricas	SI	TALADRO.
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras	N/A	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	N/A	
Barbuquejo	N/A	

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ESCALERAS, PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, TAPABOCAS, BOTAS
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	PINTURA, RODILLO, LLANA, ESPATULA BROCHA PINCEL
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO FLUIDOS	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID19 GRIPA	TAPABOCAS, LAVAMANOS DISTACIAMIENTO SOCIAL
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO= CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURA	DELIMITACION AREAS ORDEN
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS	LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO GOLPES CON HERRAMIENTA	GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES LABORALES	DELIMITACION AREA ORDEN Y ASEO
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICOS=MATERIAL P LOCATNO=LIQUIDO CAIDA MATERIAL HERRAMIENTA	ASFIXIA=AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTES	TAPA BOCAS GUANTES BOTAS AST GUANTES ANTIAMIO
INSTALAR OMEGA	RUIDO= INTERMITENTE LOCATIVO= CAIDA M. BIOMECANICO POSTURAS	GOLPES CAIDAS CONTUSIONES	TAPABOCAS, BOTAS GUANTES
INSTALACION DRYWALL	RUIDO= INTERMITENTE LOCATIVO= CAIDA M BIOMECANICO=POSTURAS P.	GOLPES CONFUSION CAIDAS MACHUCONES	TAPABOCAS BOTAS GUANTES.
MASILLAR DRYWALL Y PAREDES	QUIMICOS POLVOS MATERIAL P. LOCATIVO CAIDA M.	ASFIXIA GOLPES AHOGAMIENTO CONTUSIONES	TAPABOCAS GUANTES BOTA AST GAFAS
LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO POLVOS MATERIAL LOCATIVO CAIDA M BIOMECANICO POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPE CONTUSIONES	GUANTES BOTAS DEMARCACION

LIMPIAR AREA	QUIMICO POLVO MATERIALP LOCATIVO- CAIDA M. Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAM. CAIDAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION
ENTREGAR AREA	LOCATIVO - CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☑ SI, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 7139139151219 70	
Francisco Javier Arabano Rodriguez 1116818849	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 1098614129	KAREN M.

SIINCO	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: ALCALDIA DE SUBA	Ubicación donde se realiza el trabajo: CASA DE PARTICIPACIÓN
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 19-04-2021	Lugar de Trabajo: CASA DE PARTICIPACIÓN
Fecha de Inico 19-04-2021	fecha de terminacion 24-04-2021
Descripción de la tarea a realizar: PINTURA EN PARED, ESCALERAS, ARCHIVOS, RESANES, MASILLA ARREGLOS LOCATIVOS (PARED). PINTURA EN PASILLOS Y PUERTAS	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño Y1391391512197D	
Francisco Javier Graciano R. 1116.818.149	
DENNIS RUIZ 1.045764278	
Ender José Quintero Sanchez	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	
Eléctricas	SI	
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	SI	
Barbuquejo	SI	

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR	
CEDULA	
CARGO	

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA

OBSERVACIONES

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	6 MTS
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	CUBIERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EQUIPO CONTRA CAIDAS.
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	GUANTES, BOTAS, TAPABOCAS.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	PINTURA, MASILLA, ERBACO,
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	CAIDAS A DISTINTO NIVEL.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	BIOLOGICO= FLUIDOS	PROBABILIDAD CONTAGIO COVID 19 GRIPA	TAPABOCAS, LAVAMANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVO= CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	CAIDAS TORCEDURA	DELIMITACION AREAS ORDEN
ARMADA EQUIPO DE ANDAMIO	LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON HERRAMIENTA ACCIDENTE DE TRANSITO PUBLICO ROBOS	GOLPES CORTES MACHUCONES ACCIDENTES ROBOS	DELIMITACION AREA PERSONA ATENTA EN VIA EPPS GUANTE CASCO BOTAS
AREA DESPEJADA PARA TRABAJOS	LOCATIVO= CAIDA MATERIAL MECANICO GOLPES CON HERRAMIENTA	GOLPES MACHUCONES GOLPES CON EQUIPO QUE MUEVA	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA
RASPAR Y HACER RESANES.	QUIMICOS = MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO = LIQUIDO CAIDA MATERIAL HERRAMIENTA	ASFIXIA = AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GUANTES ANDAMIO
EQUIPO DE ALTURAS VERIFICACIÓN	MECANICOS = GOLPES CON PARTES DEL EQUIPO	GOLPES MACHUCONES GOLPES CON EQUIPO QUE MUEVA	FORMATO DE EQUIPO ALTURAS GUANTES.
INSTALAR DRY WALL	RUIDO = INTERMITENTE. LOCATIVO = CAIDA MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS FORZADAS	GOLPES CAIDAS CONTUSIONES MACHUCONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GAFAS EQUIPO ALTURAS
MASILLAS DRYWALL Y PAREDES MARCOS	QUIMICOS = POLVOS MATERIALES LOCATIVO = CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON HERRAMIENTA BIOMECANICO = POSTURAS	ASFIXIA, AHOGAMIENTO GOLES, CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	GUANTES BOTAS TAPABOCAS DEMARCACIÓN

LIJAR PAREDES Y PINTURA	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL BIOMECANICO POSTURAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CONTUSIONES DOLOR ESPALDA	DEMARCACION GUANTES TAPABOCA.
RESANES Y ARREGLO DE GOTERAS	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO LOCATIVO = CAIDA MATERIAL	DEMARCACION TAPABOCAS ECC, GUANTES BOTAS.
LIMPIAR AREA ORDEN Y ASEO	QUIMICO = POLVOS MATERIAL P LOCATIVO = CAIDA MATERIAL Y HERRAMIENTAS	ASFIXIA AHOGAMIENTO CAIDAS.	TAPABOCAS GUANTES BOTAS DEMARCACION
ENTREGAR AREA	LOCATIVO = CAIDA A NIVEL	CAIDAS	AREA EN ORDEN Y ASEO

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Francisco J. Hariano R. 1116.818.149	
Pedro A. Barreño 7139139151219 70	
Dennis Ruiz 1045764218	
Enda Quintero	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ. 1098624129	KAREN M.

SIINCO

ANALISIS SEGURO DE TRABAJO

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	SST-FT-001
Version	1
Fecha	16/01/2020

Empresa: SIINCO SAS	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACION ALCALDIA	Ubicación donde se realiza el trabajo: ALCALDIA DE SUBA
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 26-04-2021	Lugar de Trabajo: PARQUEADERO + PISO A 2 PISO
Fecha de Inico 26-04-2021	fecha de terminacion 30-04-2021

Descripción de la tarea a realizar: SOLDADURA PINTURA EN PARED ESCALERAS ARCHIVOS 40 CATIVOS PARED, BODEGA FACHADA PINTURA EN MARCOS PUERTAS.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 1139139151219 80	
Francisco Javier Asociano Rodriguez 1116818149	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	PUNTERO, ESPATULA, LLANA, BROCHA RODILLO
Eléctricas	SI	EQUIPO SOLDADURA, TALADRO, PULIDORA >
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	NO	
Barbuquejo	NO	

SIINCO S.A.S. Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ENTREGA DE E.P.P	Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Código	SST-FT-002
		Versión	1
		Fecha	30/12/2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR			
CEDULA			
CARGO			

DESCRIPCION DEL E.P.P.	FECHA ENTREGA	FIRMA

OBSERVACIONES

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

VII. ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ESCALERA, PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	BOTAS TAPABOCAS, GUANTES, PORTACION
¿Cuántos trabajadores se requieren?	5
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	BROCHA, RODILLOS, PINTURA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO OBRA	FLUIDOS= SALIVA SECRECION	GRIPA CONTAGIO COVID 19.	TAPABOCAS LAVADO DE MANOS
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVOS. CAIDA DE MATERIAL MECANICO= GOLPE	CAIDAS TORCEDURA	DELIMITACION AREA ORDEN Y ASEO
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICO= MATERIAL P. LIQUIDOS LOCATIVO= CAIDA M. HERRAMIENTA	ASFIXIA AHOGAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA
INSTALAR OMEGA	RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO CAIDA M.	GOLPES MACHUCONES CORTES CAIDAS CORTADAS	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA
INSTALACIÓN DRYWALL	RUIDO INTERMITENTE. QUIMICO POLVOS Y MATERIAL P.	GOLPES MACHUCONES CONTUSIONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GAFAS ANDAMIO
MASILLAR DRYWALL Y PAREDES	QUIMICO= POLVOS MATERIALES LOCATIVO= CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO= POSTURA	GOLPES MACHUCONES CAIDAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS AST GAFAS.
LIJAR PAREDES	QUIMICO= POLVOS MATERIALES LOCATIVO= CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO= POSTURAS	GOLPES ASFIXIA CAIDAS	TAPABOCAS GUANTES AST BOTAS CARETA.
ORDEN Y ASEO.	QUIMICO= MATERIAL PARTICULADO LOCATIVO=	ASFIXIA GOLPES	TAPABOCAS BOTAS GUANTES

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ SI, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 7139139515121970	
Francisco J. Graciano R. 1116.818.149	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 109861412 9	KAREN M.

SIINCO SAS	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	SST-FT-001
		Version	1
		Fecha	18/01/2020

Empresa: SIINCO SAS	Ciudad: BOGOTA
Area/Proceso: CASA DE PARTICIPACION ALCALDIA	Ubicación donde se realiza el trabajo: ALCALDIA DE SUBA
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 03-05-2021	Lugar de Trabajo: PARQUEADERO 1 PISO PISO 2.
Fecha de Inico 03-05-2021	fecha de terminacion 06-05-2021
Descripción de la tarea a realizar: PINTURA EN PARED, ESCALERAS ARCHIVOS, RESANES MASILLA Y ARREGLOS LOCATIVOS (PARED) PINTURA EN PASILLOS PUERTAS	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	CALIENTE

Cedula Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 7139139151219 70	
Francisco J. Graciano R. 1116.818.149	
Erder José Quintero Sanchez 91131312407 1988	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	SI	PUNTERO ESPATULA, LLANA, BROCHA RODILLO
Eléctricas	SI	EQUIPO SOLDADURA, TALADRO, PULIDORA
Neumáticas	N/A	
Hidráulicas	N/A	
Mecánicas	N/A	
Otras		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

E.P.P.		Otros E.P.P
Casco	NO	
Barbuquejo	NO	

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: QUE ES ACCIDENTE DE TRABAJO - ENFERMEDAD LABORAL

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 24-03-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900 Fin 945 A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Parra	Pintor	9959 [illegible]	
Darwin Garcia	PINTOR	1090469070	Darwin G
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151219770	
Ender Rondon	maestro	9166738041971988	
Pedro Rojas	Pintor	54088144	Pedro

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: HERRAMIENTAS MANUALES Y ELECTRICAS USO, CUIDADO, ASEO

CAPACITADOR: FALEN MARTINEZ

FECHA: 17-03-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A.

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Andres Pedro	Pintor	1045985240219885	
Damian Garcia	Pintor	1090469010	Damian G
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151211970	PAmy
Erika Ramirez	MAESTRO	91667380411198	
PEDRO ROPERO	PINTOR	5408444	PEDRO

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: USO ADECUADO Y CUIDADO DEL AGUA

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 15-03-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A.

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Diana Parra	Pintor	94547805402188	
Darwin Garcia	Pintor	1090469070	Darwin G
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151291970	
Ender Rondel	Maestro	91667380411148	
Pedro Ropero	Pintor	5403444	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: RIESGO ELECTRICO – RIESGO QUIMICO

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 10-03-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900 Fin 930

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Endy Manuel	MAESTRO	91EE73804111	
Pedro Lopez	PINTOR	54084414	PEDRO
Dayro Garcia	Pintor	1090469070	Dayro Garcia
	Pintor	9HSREB02HGRCA00	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: ALMACENAMIENTO ADECUADO - PAUSAS ACTIVAS

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 08-03-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900 Fin 930

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Ender Rangel	Maestro	91467380011198	
Pedro Romero	Pintor	5408444	Pedro
Darwin Garcia	Pintor	1090469010	Darwin Garcia
	Pintor	91512857	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: RIESGO BIOLOGICO - COVID 19 RECOMENDACIONES

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 05-03-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	71391391512192	
Dairesio Garcia	Pintor	1090469070	
Diana garcia	Pintor	9768905024028	
Eneider Rondon	Maestro	91667384111119	
Pedro Lopez	Pintor	5408444	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Versión	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: SEGURIDAD VIAL

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 03/03/2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 700 Fin 730

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Enderly Urbi	Maestro	9116073804(1	
PEDRO ROPERO	PINTOR	5408444	PEDRO
Leupoldo Jaramillo	Pintor	79307461	
Juan Rocio	Pintor	94594805804	
Damian Garcia	Pintor	1090469 010	Damian Garcia

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: AVELES IMPACTO AMBIENTAR - 3 RRR

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 01/03/2024 CIUDAD: Bogota HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Anonk Perez	Pintor	9154985 24021485	
Dawin Garcia	Pintor	1090469010	Dawin Garcia
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151219970	
Fredy Munoz	Maestro	91007380411198	
Pedro Lopez	Pintor	5408444	Pedro

OBSERVACIONES:

ANEXO No 6.

CAPACITACIONES DEL PERSONAL

Botas	SI
Botas Pantaneras	N/A
Tapa Bocas	SI
Gafas	SI
Tapa Oidos	SI
Guantes	SI

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	ESCALERA PUERTA
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	BOTAS TAPABOCAS, GUANTES, DOTACIÓN
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	PINTURA BROCHAS, RODILLO
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INGRESO A OBRA	FLUIDOS = SALIVA SECRECIÓN	GRIPA CONTAGIO COVID 19	TAPABOCAS LAVADO DE MANOS
VERIFICAR AREA DE TRABAJO	LOCATIVOS CAIDA DE MATERIAL MECANICO GOLPE CON H	CAIDAS TORCEDURAS	DELIMITACION AREA ORDEN Y ASEO
RASPAR Y HACER RESANES	QUIMICO = MATERIAL PARTICULADO LIQUIDOS. LOCATIVO = CAIDA MATERIALO HERRAMIENTA	ASFIXIA ATRAGANTAMIENTO GOLPES CAIDAS CONTUSIONES CORTADAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS ANTI GAFAS.
INSTALAR OMEGA	RUIDO = RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL O HERRAMIENTA	GOLPES MACHUCONES GOLPES CAIDAS CORTADAS	GUANTES ORDEN Y ASEO EN AREA
INSTALACION DRYWALL	RUIDO = RUIDO INTERMITENTE LOCATIVO = CAIDA MATERIAL O HERRAMIENTA	GOLPES MACHUCONES CONTUSIONES	TAPABOCAS GUANTES BOTAS ANTI GAFAS ANTIRUIDO
MASILLAR DRYWALL Y PAREDES	QUIMICO = POLVOS MATERIAL LOCATIVO CAIDA MATERIAL MECANICO = GOLPE CON H	GOLPES, MACHUCON CAIDAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS ANTI GAFAS
LIJAR PAREDES	QUIMICO = POLVOS MATERIALES LOCATIVO = CAIDA DE MATERIAL BIOMECANICO = POSTURAS	GOLPES ASFIXIA CAIDAS	TAPABOCAS GUANTES BOTAS ANTI GAFAS
SOLDAR PUERTA Y BARANDA	QUIMICO = HUMOS METALICOS FISICO = RUIDO MECANICO = QUEMADURAS	ASFIXIA QUEMADURAS	TAPABOCAS, GUANTES ANTI BOTAS CARNAZA

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☑ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pedro A. Briceño 713913915121970	
Francisco J. Graciano R. 1116.818.149	
Erik José Quintero Sanchez 911313121407 1988	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
KAREN MARTINEZ 10986129	KAREN M

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: RIESGO BIOMECANICO - PAUSAS ACTIVAS

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 26-03-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 9:00A Fin 945 A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Ariana Pecero	Pintor	9959985240411985	
Dariusio Garcia	Pintor	1090469070	
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151219 70	
Ender Rondon	MAESTRO	91667380411 1988	
PEDRO ROMERO	PINTOR	540844 H	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: RIESGO CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS

CAPACITADOR: FABIAN MARTINEZ

FECHA: 29-03-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 1001 Fin 130 PM

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	71391391521970	
Darwin Garcia	Pintor	1090469040	Darwin G
Amaya Pedro	Pintor	9154985240214005	
Enoer Burga	Maestro	916673804111	
Pedro Lopez	Pintor	5408444	PEDRO

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: USO CORRECTO DE AGUA Y ENERGIA. CONCIENTIZACIÓN

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 29-03-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 130 Fin 200 PM

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
[illegible]	PINTOR	9M574852a14 5	
Darwin García	PINTOR	1090469070	Darwin García
Pedro A. Briano	Pintor	7139139151219 70	
Ender Pinzón	Maestro	9160738041111988	
Pedro Lopez	pintor	540864446	PEDRO

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: RIESGO BIOMECANICO – RIESGO BIOLOGICO

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 31-03-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 100 P Fin 145 PM

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151219750	
Dannis Garcia	Pintor	1090469040	
Andry Becerra	Pintor	9079952402198	
Ender Rojas	Maestro	91667380444	
Pedro Pedro	Pintor	5408441	Pedro

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: MANIPULACIÓN DE CARGAS - PAUSAS ACTIVAS

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 05-04-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	1139139151219 70	
Dairesio Garcia	Pintor	1090 469 040	
Jhon Garcia	Pintor	9152980240121988	
Pedro Lopez	Pintor	5408444	
Endes Arango	Maestro	911667380411	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: TRABAJO SEGURO EN ALTURAS / USO CORRECTO EPCC

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 09-04-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A.

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Amaro Sonso	pintor	8694985 [illegible]	
Darwin Garcia	Pintor	1090969 [illegible]	Darwin G
Pedro A. Briceño	Pintor	7639139151269 70	
Ender Rangel	MAESTRO	916C73B04111988	
PEDRO ROPERO	PINTOR	5408446 [illegible]	PEDRO

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: MANEJO DE EXTINTORES - PAUSAS ACTIVAS.

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 12-04-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Darwin Garcia	Pintor	1090469070	Darwin G
Alvaro Perez	Pintor	91549852402 1485	
Pedro A. Briceño	Pintor	7139139151219 70	
Pedro Rojas	Pintor	5408444	Pedro

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrados de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: USO ADECUADO Y MANTENIMIENTO DE EPP Y DOTACIÓN

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 16-04-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Bacero	Pintor	7139139151219720	
Darwin Garcia	Pintor	1090969070	Darwin G
Pedro Ropero	Pintor	5408444	Pedro R
Francisco J. Graciano	Pintor	1116.818.149	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

177

TEMA: ACOPIO ADECUADO DE RCD'S Y MATERIAL CONTAMINADO

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 21-04-2021 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A.

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Bricaño	Pintor	7139139151219 70	
Darwin Garcia	Pintor	1090469010	
Pedro Lopero	Pintor	5.908.444	
Francisco J. Aracanor	Pintor	1116.818.149	

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrados de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: MANEJO DE ESTRES - PAUSAS ACTIVAS.

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ.

FECHA: 23-04-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 945A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A Briceño	Pintor	71391391512170	
Francisco J. Graciano	Pintor	1116.888.149	
Dennis R	Pinto	1.045 76 8218	
Pedro Ropero	pintor	5408444	Pedro

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: EPICONDILITIS, MANGUITO ROTADOR - TUNEL DE CARPIO.

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 27-04-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 930A.

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	71391391512197O	
Damian Garcia	Pintor	1090469020	Damian G
Pedro Ropero	pintor	54084444	pedro r

OBSERVACIONES:

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	ASISTENCIA A CAPACITACION	Proceso	Dirección de Gestión Humana
		Código	DGH-FT-003
		Version	1
		Fecha	23/03/2017

TEMA: ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

CAPACITADOR: KAREN MARTINEZ

FECHA: 30-04-21 CIUDAD: BOGOTA HORA: Inicio 900A Fin 930A

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
Pedro A. Briceño	Pintor	71391391512197O	
Francisco J. Graciano	Pintor	1.116.818.149	

OBSERVACIONES:

ANEXO No 7

REGISTRO DE IDENTIFICACION DE SINTOMAS POR COVID - 19

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-FT-011
Version	1
Fecha	01/03/2020

FECHA: 01-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORT E UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SOSPECHA?	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	DARWIN GARCIA	1090469069	3058275666	27	X	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			Darwin G
2	PEDRO ROPERO	5408444	3504850717	61	X	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			PEDRO
3	ENDER RANGEL	91667380	3123597129	32	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452662	ESPOSA	X			
4	BRAYAN TRIANA	1023096279	3114967266	25	✓	35.9	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		FM	SURA	A+	7733651	MAMA	X			Brayan Triana
47	LEOPOLDO JARAMILLO	79309461	3126332965	57	✓	35.4	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3148792424	ESPOSA	X			
6	WILLIAM RODRIGUEZ	1073689625	3225846918	29	✓	36.1	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3125002327	FAMILIAR	X			NO Y NO
7	FRANCISCO RUIZ	1014814667	3205846718	29	✓	36.0	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3132803552	ESPOSA	X			
8	DENNIS RUIZ	1045784128	3624254489	30	X	36.1	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3142114898	ESPOSA	X			
9	JOSE RUIZ	1019155070	3156460431	29	X	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3186227065	ESPOSA	X			
10	ALEXANDER FRANCO	1023982125	3138000141	24	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ND	SURA	B+	3144127985	HERMANO		X		
11	DAMIAN JIMENEZ	4092123	3123449253	51	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	O+	3122505555	HIJA		X		
12	Laura J. Grisales			41	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SN	SURA	—	—	—	—	X			
13	CESAR DUARTE	79688596	3103201599	45	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	—	X		Cesar Duarte

FECHA: 02-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORT E UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	DARWIN GARCIA	1090469069	3058275666	27	✓	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			Darwin G
2	PEDRO ROPERO	5408441	3504850717	61	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			PEDRO
3	ENDER RANGEL	91667380	3123597129	32	X	35.9	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452662	ESPOSA	X			
4	BRAYAN TRIANA	1023096279	3114967266	25	✓	36.0	X	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		FM	SURA	A+	7733651	MAMA	X			Brayan Triana
5	LEOPOLDO JARAM	79307461	3126332965	57	✓	36.1	X	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3148792424	ESPOSA	X			
6	CESAR DUARTE	79688596	3103201599	45	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	—	X		Cesar Duarte
7	ANDRY PEROZO	94549852	3013968881	37	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
8																										X		
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, Hipertension, Cancer), anemia falciforme, VIH, cualquier otra enfermedad etc), convivir con un Vulnerable, estar embarazadas.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	2
Fecha	07/04/2020

FECHA: 03-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/ZONA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	DARWIN GARAY	1090469070	3058275666	27	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SS	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
2	ENDER RANGEL	91667380	3123594721	32	✓	36.0	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143952662	ESPOSA	X			
3	PEDRO ROMERO	5408444	3504850714	61	✓	35.7	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209442427	ESPOSA	X			
4	ANDRY PEROZO	94519852	3013963081	37	✓	35.4	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3148792024	ESPOSA	X			
5	WILLIAM R	1023009827	3228246778	29	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	ABI	3006479583	PRIMO	X			
6	BRAYAN TRIANA	1023009827	3114967266	25	✓	36.0	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3125002322	FAMILIAR	X			
7	CESAR DUARTE	79688576	3103205949	45	✓	36.3	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	7733651	MAMA	X			
8	DANILO J	409 0713	3123449255	51	✓	35.9	✓	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
9	ALEXANDER J	1023958125	3138000171	24	✓	35.5	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3122450555	HIJA		✓		
10																				MD	SURA	A+	3104127985	Hermano		X		
11																												
12																												

FECHA: 04-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/ZONA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	BRAYAN T	1023009827	3114967266	25	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SST	SURA	A+	7733651	MAMA	X			
2	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163333343	MAMA	X			
3	ENDER R	91667380	3123594721	32	✓	36.1	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143952662	ESPOSA	X			
4	PEDRO R	5408444	3504850214	61	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209442427	ESPOSA	X			
5	ANDRY P	94519852	3013963081	37	✓	35.4	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
6	CESAR DUARTE	79688576	3103205949	45	✓	35.9	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, asma hipotiroidismo etc), cualquier otra no relacionada, señalar observaciones.

18/

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-FR-001
Version	2
Fecha	8/03/2020

FECHA: 05-03-21

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y PASEO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	SUDOR TRASPIRADO Y AMARILLO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUDIENCIA CRIMEN	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	ENDER R	91667380	3123597	32	X	35.9	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3136452662	ESPOSA	X			
2	PEDRO R	5408444	3504859917	61	X	35.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744249	ESPOSA	X			
3	ANDRY P	94549857	3013963881	37	X	35.7	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479383	PRIMO	X			
4	DARWIN G	1090469040	3058275666	27	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
5	DUARTE C	79685576	3103815179	45	X	35.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 06-03-21

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y PASEO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	SUDOR TRASPIRADO Y AMARILLO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUDIENCIA CRIMEN	CONTACTO CON ALGUIEN CON	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	ENDER R	916673803	3123577129	32	<	35.9	<	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3143052652	ESPOSA	X			
2	PEDRO R	5408444	3504859917	61	<	35.9	<	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744249	ESPOSA	X			
3	ANDRY P	94549857	3013963881	36	<	36.0	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479383	PRIMO	X			
4	DARWIN G	1090469040	3058275666	27	<	36.1	<	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
5	CESAR D.	74588894	3103201579	45	<	35.9	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes oncológicos, gestantes (Materias, hipertensión, cancer, etc) hipotiroidismo etc, contacto con un infectado, reside en otra ciudad.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-018
Versión	2
Fecha	31/03/2020

FECHA: 08-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPUTO ABUNDANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMEDICACION	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	FINAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163337343	MAMA	x			
2	PEDRO R	5408444	3004350717	61	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	x			
3	ENOER R	91667380	3123597129	32	✓	35.9	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	x			
4	ANDRY P	94549B5	3013963981	36	✓	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	x			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	——	——	x			
6																				—					x			
7																									x			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 09-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPUTO ABUNDANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMEDICACION	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	FINAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163397543	MAMA	x			
2	PEDRO R	5408444	3004350717	61	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3204341247	ESPOSA	x			
3	ENOER R	91667380	3123597129	32	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	x			
4	ANDRY P	94549B5	3013963981	36	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	x			
5	CESAR D.	79688576	3103201599	45	✓	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	——	——	x			
6	DANILO J	4090713	3123449855	51	✓	36.3	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		MD	SOS	O+	3144227855	HERMANO	x			
7	ALEXANDER F	1023687875	3138000441	24	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	B+	3122505555	HIJA	x			
8																									x			
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, patologías, Alcoholismo, cáncer, otras (especificar) que), Contacto con un Diagnosticado con COVID-19

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	1
Fecha	07/01/2021

FECHA: 10-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXCESO DE SALIVA	MEDIO TRANSPORTE A UTILIZADO	ASISTENCIA A LUGARES MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA O PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	36.1	X	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163397343	MAMA	X			Darwin G
2	ANDRY P	94599852	3013963081	36	X	36.0	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479883	PRIMO	X			
3	PEDRO P	5408444	3504350917	61	X	35.5	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			PEDRO
4	ENDER R	91667380	3123597129	32	X	36.6	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3153201599	45	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	—	—	X			Cesar Dcat
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 11-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXCESO DE SALIVA	MEDIO TRANSPORTE A UTILIZADO	ASISTENCIA A LUGARES MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA O PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163397343	MAMA	X			Darwin G
2	ANDRY P	94599852	3013963081	36	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479883	PRIMO	X			
3	PEDRO P	5408444	3504350917	61	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			PEDRO
4	ENDER R	91667380	3123597129	32	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3153201599	45	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			Cesar Dcat
6	DANILO J	40902113	3123049353	51	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	POS	O+	3144229885	HIJO	X			
7	ALEXANDER J	6284818725	3138000041	24	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		MO	SURA	B+	3122150555	HERMA	X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, problemas cardiacos, diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras, cualquier con su historia, asistir a planificación.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	GST-FT-011
Versión	2
Fecha	07/05/2020

FECHA: 12-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA PARA LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MICRO TRANSITORIO E INTERMITENTE	ASISTENCIA A CENTROS ASISTENCIALES	AUSENCIA A COLEGIOS O CIUDAD	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE ALTO RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	DARWIN G	1090469406	3058275666	27	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163933343	MAMA	X			
2	ANDRY P	95549862	3013963081	36	✓	35.9	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	✓	36.0	✓	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	B+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91662380	3123597129	32	✓	36.1	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143432652	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6	DANILO J	4090713	3123447583	51	✓	36.2	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	TOS	O+	3122500555	HIJA	X			
7	ALEXANDER J	1023988785	3144127985	24	✓	35.9	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		MD	SURA	B+	3144127985	HERMANO	X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 13-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA PARA LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MICRO TRANSITORIO E INTERMITENTE	ASISTENCIA A CENTROS ASISTENCIALES	AUSENCIA A COLEGIOS O CIUDAD	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE ALTO RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	DARWIN G	1090469406	3058275666	27	✓	36.0	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163933343	MAMA	X			
2	ANDRY P	95549862	3013963081	36	✓	35.9	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	✓	36.2	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	B+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91662380	3123597129	32	✓	36.0	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143432652	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	✓	35.9	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6	PEDRO B	7139891			✓	36.2	✓		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA				X			
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes inmunodeprimidos, cirugías pulmonares, hipertensión, cáncer, entre Mujeres en estado de embarazo, cualquier otra enfermedad que combine con un fallecimiento, asterisco y mas mencionadas.

58

STINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	2
Fecha	07/04/2020

FECHA: 15-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TAQUICARDIA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDOS	MEDIO TRANSPORTE PUBLICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA APLOMERA, CONDES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391 39	3175253204	50	X	36.1	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853948	ESPOSA	X			
2	GNDER R	91667380	3123597121	32	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143052662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5 408444	3504850747	61	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	9454 9852	3013963081	37	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
5	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
6	CESAR D	71688576	3103201599	45	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 16-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TAQUICARDIA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDOS	MEDIO TRANSPORTE PUBLICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA APLOMERA, CONDES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391 39	3175253204	50	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853948	ESPOSA	X			
2	GNDER R	91667380	3123597121	32	X	33.9	X	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143052662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5 408444	3504850747	61	X	35.9	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	945 4 9852	3013963081	37	X	34.9	X	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
5	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	35.9	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
6	CESAR D	71688576	3103201599	45	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7	DANILO	4090771 3	3123469153	51	X	36.1	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	PORVENIR	A+	3122150555	HIJA	X			
8	ALEXANDER	1023559125	3138000141	24	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		MD	SURA	B+	3149129425	HERMANO	X			
9																												
10																												
11																												
12																												

HOJA 1

FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, Pérdida inmunológica, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, otras Enfermedades etc, consultar con su médico de cabecera para mas recomendaciones.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-F-011
Version	2
Fecha	23/03/2020

FECHA: 11-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	INGRESO Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O EXPECTORANTE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE PUBLICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/PARA LA QUE PRESTA SERVICIO: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	X	36.2	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853478	ESPOSA	X			
2	ENDER R	91667380	3123597121	32	X	36.1	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	G+	3143052662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504850747	61	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3207440417	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	74549852	3013963881	39	X	36.5	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479588	PADRE	X			
5	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	36.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058956666	MAMA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201549	45	X	36.1	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+			X			
7																										X			
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													

FECHA: 18-03-21

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	INGRESO Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O EXPECTORANTE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE PUBLICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/PARA LA QUE PRESTA SERVICIO: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853478	ESPOSA	X			
2	ENDER R	91667380	3123597121	32	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143052662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504850747	61	X	36.0	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3207440417	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	74549852	3013963881	37	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	ABT	3006479581	PADRE	X			
5	DARWIN G	1090469070	3009275166	27	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058956666	MAMA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201549	45	X	36.1	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+			X			
7	DANILO	1090107713	3234155	51	X	35.9	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3122150555	HIJA	X			
8	ALEXANDER	1023468225	3138004141	24	X	36.0	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		MD	SURA	B+	3144127758	HERMANO	X			
9																													
10																													
11																													
12																													

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes coronarios, cirrosis, hipertensos, diabeticos, cancer, otros hipotiroidismo etc, cualquier otro no incluido, señale cual(es).

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	2
Fecha	08/05/2020

FECHA: 19-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO DE CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMOTORA CIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	71391391	3175253604	50	x	36.1	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857338	ESPOSA	x			
2	ENDER R	91667880	3123597121	32	x	35.9	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143052662	ESPOSA	x			
3	PEDRO R	5408444	3504850417	61	x	36.0	x	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	x			
4	ANDRY P	94549812	3018963057	39	x	35.9	x	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006029588	PRIMO	x			
5	DARWIN G	1090468870	3008275666	27	x	36.1	x	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3059566	MAMA	x			
6	CESAR D	79688576	3003201519	45	x	36.0	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	x			
7																									x			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 20-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO										EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO DE CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORT UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMOTORA CIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	71391391	3175253604	50	x	36.0	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857418	ESPOSA	x			
2	ENDER R	91667880	3123597121	32	x	35.9	x	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143055262	ESPOSA	x			
3	PEDRO R	5408444	3504850417	61	x	36.1	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	x			
4	ANDRY P	94549812	3018963057	39	x	36.1	<	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006029588	PRIMO	x			
5	DARWIN G	1090468870	3008275666	27	x	35.9	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	3059566	MAMA	x			
6	CESAR D	79688576	3003201519	45	x	36.2	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	x			
7																									x			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Embarazadas respiratorios, padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, asma bronquial entre otros), cualquier otra limitación física, sensorial o mental que le impida o dificulte su desempeño laboral.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	1
Fecha	01/09/2020

FECHA: 23-03-21

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y RIESGO EPIDEMIOLOGICO													EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL								PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	ANDRY P	94549852	3013963081	36	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479533	PRIMO	X			
2	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163337343	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91662380	3123597129	32	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	X			
5	PEDRO B	71391391	3175253304	50	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853487	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688516	3103201599	45	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																										X			
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													

FECHA: 24-03-21

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y RIESGO EPIDEMIOLOGICO													EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL								PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	ANDRY P	94549852	3013963081	36	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479533	PRIMO	X			
2	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163337343	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91662380	3123597129	32	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	X			
5	PEDRO B	71391391	3175253304	50	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853487	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688516	3103201599	45	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																										X			
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes inmunodeprimidos, cirugías bariátricas, hipertensos, cáncer, entre hipotiroidismo etc, convivir con personas de dirección, asistir regularmente.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-FR-021
Version	3
Fecha	01/07/2020

FECHA: 25-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	SINTOMAS Y CONDICION TEMPERATURA: RESPIRA	TOS/DIFICULTAD RESPIRATORIA	FIEBRE	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y SIGNOS EPIDEMIOLOGICOS: FIEBRE	CEFALEA/DOLOR RETROOCULAR	DOLORES MUSCULARES	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MALOS TRATOS RECIBIDOS Y VIVENCIADOS	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMEDICADA CASERA	CONTACTO CON ANIMALES CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/AREA DE LA UNIVERSIDAD: PRIMO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	ANDRY P	94549852	3013963081	36	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006474565	PRIMO	X			
2	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163533843	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91667880	3123597129	32	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452662	ESPOSA	X			
5	PEDRO B	71391391	3175253204	50	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853478	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 26-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	SINTOMAS Y CONDICION TEMPERATURA: RESPIRA	TOS/DIFICULTAD RESPIRATORIA	FIEBRE	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y SIGNOS EPIDEMIOLOGICOS: FIEBRE	CEFALEA/DOLOR RETROOCULAR	DOLORES MUSCULARES	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MALOS TRATOS RECIBIDOS Y VIVENCIADOS	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AUTOMEDICADA CASERA	CONTACTO CON ANIMALES CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/AREA DE LA UNIVERSIDAD: PRIMO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	ANDRY P	94549852	3013963081	36	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006474565	PRIMO	X			
2	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163533843	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408444	3504350717	61	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	ENDER R	91667880	3123597129	32	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143152662	ESPOSA	X			
5	PEDRO B	71391391	3175253204	50	✓		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853478	ESPOSA	X			
6	CESAR D.	79688576	3103201599	45	X		X		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, previas enfermedades crónicas, hábitos, Hipertensión, cáncer, entre otros (Marcar con una X), cuando sea objetivo, y otro opcional cualquiera.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	2
Fecha	01/03/2020

FECHA: 27 03 - 2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTOR EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE Y VIVIENDA	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ASEGURADOS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE EMERGENCIA EN CASO DE ENFERMEDAD Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	FAMILIAR	VISITANTE	FIRMA
1	ANDRY P	1145498521	3013963081	36	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479883	PRIMO	x			
2	DARWIN G	1090469310	3058275666	27	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3163337343	MAMA	x			
3	PEDRO R	5408444	3504350917	61	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744299	ESPOSA	x			
4	ENDER R	91667380	3123597129	32	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143452652	ESPOSA	x			
5	PEDRO B	7191391	3175253204	50	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853978	ESPOSA	x			
6	CESAR O	79688576	3103201599	45	x		x		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	x			
7																									x			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA:

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTOR EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE Y VIVIENDA	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ASEGURADOS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE EMERGENCIA EN CASO DE ENFERMEDAD Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	FAMILIAR	VISITANTE	FIRMA
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes inmunodeprimidos, diabéticos descontrolados, hipertensos descontrolados, cáncer, hipotiroidismo, VIH, contacto con un infectado, asistir algunas veces.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FR-011
Versión	2
Fecha	07/11/2020

FECHA: 29-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y REGISTRO TEMPERATURA: BUSO LLO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y POSIBLE SINTOMATOLOGIA: FIEBRE	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MALESTAR GENERAL Y MALESTAR	AUSENCIA A CENTROS MEDICOS	AUSENCIA ANTECEDENTES CERCANOS	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	TARJETA/AREA DE LA CUAL PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	X	36.0	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853468	ESPOSA	X			
2	ENDER R	91667380	3123597121	32	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143852662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408464	3504850917	61	X	36.1	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209714217	ESPOSA	X			
4	DARWIN G	9855949852	3013963081	37	X	362	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	B+	3006479858	PRIMO	X			
5	ANDRY P	1090469870	3058275666	27	X	35.9	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
6	CESARD	79685576	3103201599	45	X	36.3	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 30-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y REGISTRO TEMPERATURA: BUSO LLO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y POSIBLE SINTOMATOLOGIA: FIEBRE	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MALESTAR GENERAL Y MALESTAR	AUSENCIA A CENTROS MEDICOS	AUSENCIA ANTECEDENTES CERCANOS	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	TARJETA/AREA DE LA CUAL PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391136	3175253204	50	X	35.9	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023813468	ESPOSA	X			
2	ENDER R	91667380	3123597121	32	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3143852662	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408464	3504850917	61	X	360	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209714219	ESPOSA	X			
4	DARWIN G	9855949852	3013963081	37	X	363	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	B+	3006479858	PRIMO	X			
5	ANDRY P	1090469870	3058275666	27	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
6	CESARD	79685576	3103205999	45	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedad Preexistente, pudiendo adicionar todas aquellas personas que presenten alguna hipersensibilidad que considere deban ser tenidas en cuenta.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SGSST-FT-11
Versión	3
Fecha	07/04/2020

FECHA: 31-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR DE GARGANTA	DIARREA	CEFALEA	CONGESTION NASAL	CONTACTO CON PERSONA CON SINTOMAS	CUAL	EPS	ARL	CARGO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPLEADO/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	56	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		—	—	—	—	—	X			
2	ENDER R	9668380	3123597121	32	X	36.1	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SURA	A1	OPERARIO	3024554148	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5406044	3504850917	61	X	36.8	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SURA	A1	OPERARIO	3143652662	ESPOSA	X			
4	DARWIN G	9454552	3013963081	37	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SURA	A1	OPERARIO	3204744217	ESPOSA	X			
5	ANDRY P	1090090070	3502756666	27	X	35.9	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SURA	A1	OPERARIO	3056619588	PRIMO	X			
6	CESAR D	7468576	3102201599	45	X	36.1	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SURA	A1	OPERARIO	3058275165	MAMA	X			
7																			CM	—	A1	—	—	X			
8																								X			
9																											
10																											
11																											
12																											

FECHA:

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR DE GARGANTA	DIARREA	CEFALEA	CONGESTION NASAL	CONTACTO CON PERSONA CON SINTOMAS	CUAL	EPS	ARL	CARGO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPLEADO/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1																											
2																								X			
3																								X			
4																								X			
5																								X			
6																								X			
7																								X			
8																								X			
9																								X			
10																								X			
11																											
12																											

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 65 Años, Enfermedades respiratorias, pulmonares, cardiacas, hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, fumador, consumidor de alcohol, contacto con personas infectadas, asistir a aglomeraciones.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SSTPT-018
Versión	2
Fecha	07/07/2020

FECHA: 05-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTADO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECIFICAR	DOLOR TRANSITORIO O CRONICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ASISTENCIA CERCA	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	TPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPLEADOS DE LA NOMINA: PROPIOS	FACTORES	VOLUNTARIOS	FIRMA
1	DARWIN G	1090469470	3058275466	27	✓	36.2	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3006479583	PAPA	X			
2	ANORY P	94549852	94549852	37	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
3	PEDRO B	71391391	71391391	50	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3023853478	ESPOSA	X			
4	PEDRO R	5408444	5408444	61	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3209744247	ESPOSA	X			
5	CESAR O	79688379	3103201599	45	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 06-04-2021

No	NOMBRE DE CONTACTO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTADO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECIFICAR	DOLOR TRANSITORIO O CRONICO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ASISTENCIA CERCA	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	TPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPLEADOS DE LA NOMINA: PROPIOS	FACTORES	VOLUNTARIOS	FIRMA
1	DARWIN G	1090469470	3058275466	27	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	A1		3058275466	MAMA	X			
2	ANORY P	94549852	94549852	37	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	ABT		3006479583	PRIMO	X			
3	PEDRO B	71391391	3504850917	50	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	A1		3023853478	ESPOSA	X			
4	PEDRO R	5408444	3504850917	61	✓	36.3	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	O1		3209744247	ESPOSA	X			
5	CESAR O	79688379	3103201599	45	✓	35.9	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	A+		—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1:

FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades Cronicas (Hipertensión, problemas respiratorios, diabetes, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, entre otras) Mujeres en estado de embarazo, Mujeres en lactancia.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-041
Versión	2
Fecha	01/09/2020

FECHA: 07-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: DIGITAL	TEMPERATURA	SALIVA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O ESPECTORACION	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	FATIGA O DOLOR MUSCULAR	MAREO TRANSTORNO DE EQUILIBRIO	ANTECEDENTE A CONTACTO SOSPECHOSO	ANTECEDENTE A VIAJES NACIONALES	CONTACTO CON PERSONAL CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE Y TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/PLANILLA DE CAUSA PROVISIONAL: RECIBIO	PROVEEDOR	VERIFICO	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	✓	36.0	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023854198	ESPOSA	X			
2	DARWIN G	94549852	3013963081	27	✓	36.1	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3006495588	PRIMO	X			
3	ANDRY P	1090090930	3058256666	37	✓	36.0	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3058225660	MAMA	X			
4	PEDRO R	5408444	3504850917	61	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744241	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 08-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: DIGITAL	TEMPERATURA	SALIVA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O ESPECTORACION	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	FATIGA O DOLOR MUSCULAR	MAREO TRANSTORNO DE EQUILIBRIO	ANTECEDENTE A CONTACTO SOSPECHOSO	ANTECEDENTE A VIAJES NACIONALES	CONTACTO CON PERSONAL CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE Y TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/PLANILLA DE CAUSA PROVISIONAL: RECIBIO	PROVEEDOR	VERIFICO	FIRMA
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	✓	36.0	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3-2385498	ESPOSA	X			
2	DARWIN G	94549852	3013963081	27	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3006495588	PRIMO	X			
3	ANDRY P	1090090930	3058256666	37	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3058225660	MAMA	X			
4	PEDRO R	5408444	3504850917	61	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744241	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 años, Colaboradores embarazadas, personas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, asma, hipotiroidismo, cáncer, entre otras) o inmunosupresión.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FR-043
Versión	2
Fecha	01/09/2020

FECHA: 09-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES DE EXPOSICION COVID											EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/AREA DE TRABAJO RECIBIDO			FIRMA
					DIRECTO	TEMPERATURA	AXILAR	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A EVENTOS MASIVOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL						CARGO	TRABAJADOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	✓	36.0	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023839378	ESPOSA	X			
2	DARWIN G	1090009930	3013963081	27	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3582756666	MAMA	X			
3	ANDRY P	94549852	3058256666	37	✓	36.9	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3006979883	PRIMO	X			
4	PEDRO R	5408449	3504850917	61	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3209744247	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103245999	45	✓	36.3	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	—	—	X			
6																				—	—				X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 10-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES EPIDEMIOLOGICO											EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/AREA DE TRABAJO RECIBIDO			FIRMA
					DIRECTO	TEMPERATURA	AXILAR	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A EVENTOS MASIVOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS COVID	FACTORES RIESGO	CUAL						CARGO	TRABAJADOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	71391139	3175253204	50	✓	36.3	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023839378	ESPOSA	X			
2	DARWIN G	1090009930	3013963081	27	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3582756666	MAMA	X			
3	ANDRY P	94549852	3058256666	37	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006979883	PRIMO	X			
4	PEDRO R	5408449	3504850917	61	✓	36.0	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
5	CESAR D	79688576	3103245999	45	✓	36.2	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 AÑOS, Enfermedades respiratorias, procesos inflamatorios, cardiacos, gástricos, hipertensión, cancer, otras. Manifestaciones del contacto con individuo, entidad o procesos.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	GST-FT-015
Versión	2
Fecha	13/05/2020

FECHA: 12-04-2021

No	NOMBRES COMPLETOS	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENCUESTA DE SALUD DIARIA			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDO	MEDIO TRANSPORTE ESTRESANTE	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ACTIVIDAD LABORAL OTROS	CONTACTO CASO ALGUNO COVID	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	1391159	3175253204	50	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023854765	ESPOSA	X			
2	DARWING	1090469010	3058275666	27	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408484	3504850749	61	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3109744247	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	94549852	3013963581	37	X	36.0	X	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.3	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
6																									X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 13-04-2021

No	NOMBRES COMPLETOS	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENCUESTA DE SALUD DIARIA			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDO	MEDIO TRANSPORTE ESTRESANTE	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ACTIVIDAD LABORAL OTROS	CONTACTO CASO ALGUNO COVID	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	1391159	3175253204	50	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023854765	ESPOSA	X			
2	DARWING	1090469010	3058275666	27	X	36.0	X	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
3	PEDRO R	5408484	3504850249	61	X	36.3	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3109744247	ESPOSA	X			
4	ANDRY P	94549852	3013963581	37	X	36.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479583	PRIMO	X			
5	JAVIER.G	1116816149	3186604266	31	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3057824062	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 años, Enfermedades respiratorias, pacientes inmunodeprimidos, Diabetes, Hipertensión arterial, Enfermedades renales crónicas, pérdidas, hipotiroidismo, Hipertiroidismo etc), cercanía con su familia, cuidador o algún familiar.

681

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-011
Versión	3
Fecha	02/03/2020

FECHA: 14-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	CALIFICACION/AREA DE LA EPS AFILIADO			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	TOS/DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS/DOLOR GARGANTA O	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA A MUSEOS O CINES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	FAMILIARES	VECINOS	
1	DARWIN G	1090469870	3058275666	27	X	36.1	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			Darwin G
2	ANDRY P	94549552	3013960681	37	X	36.3	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479580	PRIMO	X			
3	PEDRO B	7139139	3175253204	50	X	36.2	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	CUÑADA	X			
4	PEDRO R	5408444	3506857017	61	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	CUÑADA	X			
5	JAVIER G	1116818114	3186486266	31	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157874402	CUÑADA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.6	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			Cesar Duarte
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 15-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	CALIFICACION/AREA DE LA EPS AFILIADO			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	TOS/DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS/DOLOR GARGANTA O	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA A MUSEOS O CINES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	FAMILIARES	VECINOS	
1	DARWIN G	1090469870	3058275666	27	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			Darwin G
2	ANDRY P	94549552	3013960681	37	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479580	PRIMO	X			
3	PEDRO B	7139139	3175253204	50	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	CUÑADA	X			
4	PEDRO R	5408444	3506857017	61	X	36.3	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	CUÑADA	X			
5	JAVIER G	1116818114	3186486266	31	X	36.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157874402	CUÑADA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			Cesar Duarte
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: * ADICIONAL SI ALGUNO ES Mayor de 60 Años, Embarazada o en lactancia, padece enfermedades cardiacas, pulmonares, cancer, mala inmunidad, etc, cerrable con un Diabetico, adulto mayor o otros.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-011
Versión	2
Fecha	07/01/2020

FECHA: 16-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTADO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS/MAL OLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS/TOS CONSTANTE O FRECUENTE	DIFICULTAD TRANSPORTE O AISLAMIENTO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AISLAMIENTO CASERO	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/PLANILLA DE CARGOS PROVISTOS: PROVISTO	PROVISTOS	VENCIDOS	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	36.0	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
2	ANDRY P	94549852	3013960881	37	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479588	PRIMO	X			
3	PEDRO B	7391391	3175253804	50	X	36.0	X	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853978	ESPOSA	X			
4	PEDLO R	5408444	3504859717	61	X	36.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744267	ESPOSA	X			
5	JAVIER G	11168184 49	3186404266	31	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157824402	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 17-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTADO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS/MAL OLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS/TOS CONSTANTE O FRECUENTE	DIFICULTAD TRANSPORTE O AISLAMIENTO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AISLAMIENTO CASERO	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	ENTREGA/PLANILLA DE CARGOS PROVISTOS: PROVISTO	PROVISTOS	VENCIDOS	FIRMA
1	DARWIN G	1090469070	3058275666	27	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058275666	MAMA	X			
2	ANDRY P	94549852	3013960881	37	X	36.0	X	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AB+	3006479588	PRIMO	X			
3	PEDRO B	7391391	3175253804	50	X	36.3	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023853978	ESPOSA	X			
4	PEDRO R	5408444	3504859717	61	X	36.1	X	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744267	ESPOSA	X			
5	JAVIER G	11168184 9	3186404266	31	X	35.9	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157824402	ESPOSA	X			
6	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.1	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
7																									X			
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Ser de 60 Años, Enfermedades preexistentes, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertension, cancer, asma bronquial u otra), cancer en tratamiento, estar embarazada.

Darwin G — O —

Ramiro

Pedro

Cesar Duca

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-051
Versión	2
Fecha	07/09/2020

FECHA: 19-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL DE TEMPERATURA: ENTRADA	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	SALIDO CRANEAL/ CONGESTION	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ASOMBRA CRIMEN	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENFERMEDAD DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVIENDO	INCAPACIDAD	FIRMA
1	DARWIN G	1090469870	3058275666	27	x	35.9	x	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3058277566	MAMA	x			
2	PEDRO B	71391391	3175253204	50	x	36.1	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	x			
3	PEDRO R	5408414	3504850414	61	x	36.2	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	x			
4	JAVIER G	1116818149	3186404266	31	X	35.9	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	x			
5	CESAR D	79688576	3103201599	45	X	36.1	X	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	x			
6																									x			
7																									x			
8																									x			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 20-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y CONTROL DE TEMPERATURA: ENTRADA	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS: FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	SALIDO CRANEAL/ CONGESTION	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA ASOMBRA CRIMEN	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENFERMEDAD DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVIENDO	INCAPACIDAD	FIRMA
1	JAVIER G	1116818149	3186404266	31	✓	36.0	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	x			
2	PEDRO B	71391391	3175253204	50	✓	36.1	x	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	x			
3	PEDRO R	5408414	3504850414	61	✓	35.9	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	x			
4	CESAR D.	79688576	3103201599	45	x	36.0	x	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	x			
5																									x			
6																									x			
7																									x			
8																									x			
9																												
10																												
11																												
12																												

HOJA 12

FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 años, Enfermedades respiratorias, pulmonares, cardiacas, diabéticas, hipertensión, cáncer, inmunodeficiencias, VIH, gestante, cuarta lactancia, asmáticos y convalecientes.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-F-017
Version	2
Fecha	07/07/2020

FECHA: 21-04-2021

No	NOMBRES COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	TELEFONO DE FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	LABORA/LABORA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	TOS	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORACION	DIFICULTAD TRANSPORTE Y ATENDIDO	ASISTENCIA A CENTROS SALUDOS	ASISTENCIA ASISTENCIA CASINO	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	JAVIER G	1116818149	3186404266	31	<	36.1	<	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157844062	ESPOSA	X			
2	PEDRO B	7139139	3175253264	50	<	36.2	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857498	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408401	3504850217	61	<	35.9	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	CESARD	79688576	3103201599	45	X	360	<	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 22-04-2021

No	NOMBRES COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	TELEFONO DE FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	LABORA/LABORA DE LA QUE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	TOS	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORACION	DIFICULTAD TRANSPORTE Y ATENDIDO	ASISTENCIA A CENTROS SALUDOS	ASISTENCIA ASISTENCIA CASINO	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	JAVIER G	1116818149	3186404266	31	<	36.1	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157844062	ESPOSA	X			
2	PEDRO B	7139139	3175253264	50	<	35.9	x	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857498	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408401	3504850217	61	<	360	<	359	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4	CESARD	79688576	3103201599	45	X	36.0	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—	X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: (mayor de 60 Años, Embarazada o en puerperio, presencia enfermedades crónicas [diabetes, hipertensión, cáncer, asma bronco pulmonar etc], cumplir con la definición, elija opción correcta).

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-018
Versión	2
Fecha	20/01/2020

FECHA: 23-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	SIGNOS Y CONTROL TEMPERATURA: RIESGO	TEMPERATURA	ALERTA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTOR EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS/DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDOS	ALERGIA/ SECRECION NASAL	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA/ MALESTAR GENERAL	CONTACTO CON ENFERMO CASO SOSPECHOSO	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	JAVIER G	1116886149	3186404266	31	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
2	PEDRO B	71391391	3175253364	50	✓	36.2	✓	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857498	ESPOSA	X			
3	DENNIS R	1045744218	3024254489	30	✓	36.0	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3024254489	ESPOSA	X			
4	ENDER A.	911313124	3004622532	28	✓	36.1	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3004622532	ROBERT	PRIMO	X		
5	CESAR D	79688546	3103201599	45	✓	36.6	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		CM	SURA	A+	—	—		X		
6	PEDRO R	54084614	3504859419	61	✓	35.9	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209444247	ESPOSA		X		
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

FECHA: 24-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	SIGNOS Y CONTROL TEMPERATURA: RIESGO	TEMPERATURA	ALERTA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTOR EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS/DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESTORNUDOS	ALERGIA/ SECRECION NASAL	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA/ MALESTAR GENERAL	CONTACTO CON ENFERMO CASO SOSPECHOSO	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	JAVIER G	1116886149	3186404266	31	✓	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
2	PEDRO B	71391391	3175253364	51	✓	36.2	✓	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857498	ESPOSA	X			
3	PENNIS R	1045744218	3024254489	30	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3142114588	ESPOSA	X			
4	ENDER A.	911313124	3004622532	28	✓	36.3	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SJ	SURA	O+	3004622532	PRIMO	X			
5	DARWIN G	79688546	3103201599	45	✓	36.1	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	—	—		X		
6	PEDRO R	54084614	3504859419	61	✓	36.6	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209444247	ESPOSA		X		
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes oncológicos, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer), o una inmunodeficiencia, cualquier otra no descrita, solicitar valoraciones.

SINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FR-031
Versión	2
Fecha	01/04/2021

FECHA: 26-04-2021

ITEM	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CELULAR	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y REGISTRO TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTILO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE DONDE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECTORACION	DOLOR TRAQUEAL O GARGANTA	ASISTENCIA A CENTROS NOCTURNOS	ASISTENCIA A BARES Y/O CLUBES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	OTRAS						ENDEUP	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	7139139	3175253204	50	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	1168184	3186404266	31	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408461	3504850917	61	✓	36.2	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744241	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

FECHA: 27-04-2021

ITEM	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CELULAR	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORA Y REGISTRO TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y ESTILO EPIDEMIOLOGICO												EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE DONDE PROVIENE			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECTORACION	DOLOR TRAQUEAL O GARGANTA	ASISTENCIA A CENTROS NOCTURNOS	ASISTENCIA A BARES Y/O CLUBES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	OTRAS						ENDEUP	PROVEEDOR	VISITANTE	
1	PEDRO B	7139139	3175253204	50	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	1116818	3186404266	31	✓	36.2	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408461	3504850917	61	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744241	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTORES ASOCIADOS: Mayor de 60 años, Comorbilidades respiratorias, Gestante enfermedades Cardiacas (Diabetes, Hipertensión, Cancer, Asma (Especificar) no ect), cumplen con los criterios, acta de aislamiento preventivo.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-011
Versión	1
Fecha	05/11/2020

FECHA: 28-04-21

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: DIGITAL	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FILTRO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TAPABA O DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECIFICAR	RADIO TRABAJADOR A DOMICILIO	ASINTOMATICA A CONTACTO DE CASO(S)	ASINTOMATICA A CONTACTO DE CASO(S)	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS?	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	TRIAJE DE SINTOMAS EN CASO DE ENFERMEDAD Y RELACION DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LABOR FRECUENTE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	7139139	3175253384	50	<	36.1	<	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	11168184	3186404266	31	<	36.0	<	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894462	ESPOSA	X			
3	PEDRO R	5408461	3504850217	61	<	36.2	<	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																									X			
11																									X			
12																									X			
13																									X			
14																									X			

FECHA: 29-04-21

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL DE TEMPERATURA: DIGITAL	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FILTRO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TAPABA O DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF. RESPIRATORIA	TOS SECA O ESPECIFICAR	RADIO TRABAJADOR A DOMICILIO	ASINTOMATICA A CONTACTO DE CASO(S)	ASINTOMATICA A CONTACTO DE CASO(S)	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS?	FACTOR DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	TRIAJE DE SINTOMAS EN CASO DE ENFERMEDAD Y RELACION DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LABOR FRECUENTE: PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	7139139	3175253384		<	36.1	<	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857998	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	11168184	3186404266		<	36.0	<	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894462	ESPOSA	X			
3	PEDRO R.	5408461	3504850217		<	35.9	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																									X			
11																									X			
12																									X			
13																									X			
14																									X			

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 años, Colaboradora embarazada, padece enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, asma, VIH, obesidad, etc), cuenta con vulnerabilidad, resalte alguna otra.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	GST-FR-015
Versión	3
Fecha	01/03/2020

FECHA: 30-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	ROLLET CONTROL DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O EXPECTORANTE	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MUCHO CANSANCIO Y FATIGA	ASISTENCIA A EVENTOS PUBLICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONA CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE CELULAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	ESCRIBA/AREA DE EX QUE PROVIENE: ENVIGO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	7139139	3175253204	50	✓	36.1	✓	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SP	SURA	O+	3023357998	CELULAR	X			
2	JAVIER G	1116818449	3186404266	31	✓	36.0	✓	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SP	SURA	O+	3157894402	CELULAR	X			
3	PEDRO R	5408461	3504850	61	✓	36.1	✓	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SP	SURA	A+	3109344243	CELULAR	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																									X			
11																									X			
12																									X			

FECHA:

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	ROLLET CONTROL DE TEMPERATURA: INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA O EXPECTORANTE	DOLOR MUSCULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MUCHO CANSANCIO Y FATIGA	ASISTENCIA A EVENTOS PUBLICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONA CON SINTOMAS	FACTORES DE RIESGO	CUAL	EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE CELULAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PARENTESCO DE CONTACTO	PARENTESCO	ESCRIBA/AREA DE EX QUE PROVIENE: ENVIGO	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1																												
2																									X			
3																									X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																									X			
11																									X			
12																									X			

FIRMA E

FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmon crónico, Diabetes, Cardiacos, Hipertensión arterial, cancer, VIH, Hipotiroidismo, etc), cerebro vascular, o bajo defensas.

SINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y salud en el Trabajo
Código	SST-F-021
Versión	2
Estado	VIGENTE

FECHA: 03-05-2021

	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: REGISTRO	TEMPERATURA	BANDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y LISTA EPIDEMIOLOGICO: DOLOR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	PERDIDA REPENTINA DEL OLFATO O GUSTO	PERDIDA REPENTINA DEL GUSTO	ASISTENCIA ACTIVIDADES PUBLICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	TIPO	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	BANDA TEMPERATURA DE SALIDA: REGISTRO	PROVEEDORA	VIGILANTE	FIRMA
1	PEDRO B	7139391	3175253204	50	X	36.0	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857198	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	1168184949	3186404266	31	X	36.2	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
3	CESAR D	5408464	3504850471	61	X	36.1	X	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

FECHA: 04-05-2021

	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: REGISTRO	TEMPERATURA	BANDA	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y LISTA EPIDEMIOLOGICO: DOLOR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	PERDIDA REPENTINA DEL OLFATO O GUSTO	PERDIDA REPENTINA DEL GUSTO	ASISTENCIA ACTIVIDADES PUBLICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON PERSONAS CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL	TIPO	ARL	GRUPO SANGUINEO	NOMBRE DE FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	BANDA TEMPERATURA DE SALIDA: REGISTRO	PROVEEDORA	VIGILANTE	FIRMA
1	PEDRO B	7139391	3175253204	50	X	36.0	X	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3023857198	ESPOSA	X			
2	JAVIER G	1168184949	3186404266	31	X	36.2	X	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	O+	3157894402	ESPOSA	X			
3	CESAR D	5408464	3504850471	61	X	36.0	X	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	A+	3209744247	ESPOSA	X			
4																									X			
5																									X			
6																									X			
7																									X			
8																									X			
9																									X			
10																												
11																												
12																												

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 años, Embarazo (Primer trimestre), Diabetes, Hipertensión arterial, Enfermedad pulmonar crónica, Cáncer (Leucemia, linfoma), Insuficiencia renal crónica, Enfermedad cardiaca, Inmunosupresión.

SIINCO

TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-011
Versión	1
Fecha	03/05/2020

FECHA: 05-05-2021

	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: RESPALDO	TEMPERATURA	RESPALDO	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	MALESTAR GENERAL O CANSANCIO	PERDIDA DEL OLFATO	PERDIDA DEL GUSTO	CONGESTION NASAL	CONTACTO CON SOSPECHOSO CASO CONFIRMADO	FACTORES RIESGO	CUAL	EPS	ARL	ESTADO SALUD HOY	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENCUESTA DIARIA DE CASOS PROBABLES: ENCIMA	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391391	3145253204	50	<	36.0	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	OT	3023857498	CESPOSA	X			
2	JAVIER G	1116818449	3186409266	31	<	36.1	<	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	OT	3157854402	CESPOSA	X			
3	CESAR D	5408461	3504559178	61	<	35.9	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		ST	SURA	AT	—	—	X			
4																										X			
5																										X			
6																										X			
7																										X			
8																										X			
9																													
10																													
11																													
12																													

FECHA: 06-05-2021

	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	TOMA Y CONTROL TEMPERATURA: RESPALDO	TEMPERATURA	RESPALDO	TEMPERATURA	VERIFICACION DE SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO: FIEBRE	TOS SECA	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DIFICULTAD RESPIRATORIA	MALESTAR GENERAL O CANSANCIO	PERDIDA DEL OLFATO	PERDIDA DEL GUSTO	CONGESTION NASAL	CONTACTO CON SOSPECHOSO CASO CONFIRMADO	FACTORES RIESGO	CUAL	EPS	ARL	ESTADO SALUD HOY	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	ENCUESTA DIARIA DE CASOS PROBABLES: ENCIMA	PROVEEDOR	VISITANTE	FIRMA
1	PEDRO B	71391391	3145253204	50	<	36.0	<	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			ST	SURA	OT	3023857498	CESPOSA	X			
2	JAVIER G	1116818449	3186409266	31	<	36.1	<	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			ST	SURA	OT	3157854402	CESPOSA	X			
3	CESAR D	5408461	3504559178	61	<	35.9	<	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			ST	SURA	AT	—	—	X			
4	ENDER A.	91131824	3004622832	29	<	36.0	<	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			ST	SURA	OT	—	—	X			
5																										X			
6																										X			
7																										X			
8																										X			
9																													
10																													
11																													
12																													

FACTORES RIESGO EPIDEMIOLOGICO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, problemas cardiacos, diabetes, obesidad, cancer, otras. Hipertensión no dial, consulte con su médico/a, salud y especialistas.

ANEXO No 8.

REGISTRO DE LAVADO DE MANOS

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	[illegible]
Versión	1
Fecha	[illegible]

FECHA: 01-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE UNIFORMES		USO DE BATAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS REMOVIL		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION ENTREGA DE EPP	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G	1090469037	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	DARWIN G
2	PEDRO R	54084444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	PEDRO
3	ENDEL R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	BRAYAN T	1023009627	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	BRAYAN T.
5	LEOPOLDO J	79307451	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.4	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	WILLIAM R	1073689025	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.1	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	NORVINO
7	FRANCISCO R	1014314677	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.0	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
8	DENNIS R	1045734218	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.1	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
9	JOSE R.	1019550470	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.0	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	

FECHA: 01-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE UNIFORMES		USO DE BATAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS REMOVIL		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION ENTREGA DE EPP	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	ALEXANDER J	1023988725	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DANILO J	4690713.	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	Laura J Graven		x			x			x	1200		x	300		36.2	1200	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
6																	x		x		x		x		x					
7																														
8																														
9																														
10																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pacientes enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión,cancer), bajas inmunidades ocs, cuando sea un infectado, donde se encuentre.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-018
Versión	1
Fecha	01/02/2021

FECHA: 02-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO DESINFECTANTE		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	MEDIDA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	P C D R
4	LEOPOLDO J	79307461	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	WILLIAM R	1093684625	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		/	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	NO VINO
7	BRAYAN T	1023009627	✓	700		✓	900		x	1200		✓	300		36.0	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
8	DANILO J	4090713	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		/	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
9	ALEXANDER J	1023958925	x	700		x	90		x	1200		x	300		/	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	

FECHA: 03-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO DESINFECTANTE		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	MEDIDA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	BRAYAN T	1023009627	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	BRAYAN T
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
3	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	P E D R
4	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	ANDRY P.	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	✓	700		x	900		✓	1200		✓	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7	LEOPOLDO J	79307461	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.3	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
8	DANILO J	4096713	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		35.9	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
9	ALEXANDER J	1023958925	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.5	700	x		x		✓		x		x			KAREN	SST	

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertensión, cancer, entre hipotiroidismo o otra, cuando sea un trabajador, evitar exposiciones.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-PL-012
Versión	1
Fecha	11/01/2021

FECHA: 04-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA											TOMA TEMPERATURA ACTIVIDAD		VISTO BUENO NUTRICIONAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTE		CAMBIO PROTECCION DE INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MOTORIZADAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	BRAYAN T	1023009627	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Brayan T
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Pedro R
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.4	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Cesar D
7																																
8																																
9																																

FECHA: 05-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA											TOMA TEMPERATURA ACTIVIDAD		VISTO BUENO NUTRICIONAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTE		CAMBIO PROTECCION DE INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MOTORIZADAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	12000		x	300			700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Pedro R
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	Cesar D
6																																
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, cirrosis hipotiroidismo etc), cercanía con un infectado, estilo/ egresaciones.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-052
Versión	1
Fecha	01/03/2019

FECHA: 06-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ALCOHOL GEL		USO DE GUANTES		USO BATAS		EMPLEO PROTOCOLOS ANTIBACTERIANOS		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	ENDER R	916673817	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ANDRY P	1045449852	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	DARWIN G	1090651070	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	74688396	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																															
7																															
8																															
9																															

FECHA:

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ALCOHOL GEL		USO DE GUANTES		USO BATAS		EMPLEO PROTOCOLOS ANTIBACTERIANOS		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1			x			x			x			x					x		x		x		x		x						
2			x			x			x			x					x		x		x		x		x						
3			x			x			x			x					x		x		x		x		x						
4			x			x			x			x					x		x		x		x		x						
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x						
6																															
7																															
8																															
9																															

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertensión,cancer, asma,hipotiroidismo etc), cuadro con un tratamiento, asistir regularmente.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-PT-012
Version	1
FECHA	07/01/2021

FECHA: 08-03-2021

Nro	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALERTONA		USO DEL ANTIBACTERIAL		VISITAS PACIENTES		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTITUCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NUMERO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWING	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 09-03-2021

Nro	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALERTONA		USO DEL ANTIBACTERIAL		VISITAS PACIENTES		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTITUCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NUMERO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWING	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	DANILO	4090713	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7	ALEXANDER	1023458725	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
8																														
9																														

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertension cancer, artritis hipotiroidismo etc), convivir con un infectado, evitar aglomeraciones.

SINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-012
Versión	1
Fecha	09/2020

FECHA: 12-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS INICIO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TOMA TEMPERATURA ALCATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE GUANTES		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTALACIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS REMOTAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
															NUMERO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
2	ANORY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.6	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Pedro
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Cesar Duque
6	DANILO																													
7	ALEXANDER																													
8																														
9																														

FECHA: 13-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS INICIO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TOMA TEMPERATURA ALCATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE GUANTES		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTALACIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS REMOTAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
															NUMERO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
2	ANORY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	PEDRO
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Cesar Duque
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmon enfermedades cardiacas (diabetes, hipertension, cancer, asma bronchial, Covid 19), cambio con en trabajador, cabello y/o uñas.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-012
Versión	1
Fecha	01/02/2021

FECHA: 09-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA												TOMA TEMPERATURA AXILAR/ORAL		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDONEIDAD	CARGO	FIRMA
			LAVADO INICIO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G.	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	706	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
2	ANDRY P	94549862	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.5	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.5	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91667380	x	706		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR P	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	708	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 11-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA												TOMA TEMPERATURA AXILAR/ORAL		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDONEIDAD	CARGO	FIRMA
			LAVADO INICIO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G	1090469076	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	706	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Darwin G
2	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.6	706	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.7	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R.	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	DANILO J	4090713	✓	700		✓	900		x	1200		x	300		36.9	700	✓		x		x		x		✓			KAREN	SST	
7	ALEXANDER J	1023478925	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.6	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades crónicas (diabetes, Hipertensión, cancer, enfermedades renales etc). Convivir con un trabajador, o estar embarazada.

SINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-017
Versión	1
Fecha	01/04/2020

FECHA: 15-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AMBIENTAL		USO BOLSA INSTITUCIONAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS DISTRIBUCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			1 LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	✓	700		✓	900			1200			300		36.2	700	✓		✓		✓		x		x				KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

FECHA: 16-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AMBIENTAL		USO BOLSA INSTITUCIONAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS DISTRIBUCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			1 LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		33.4	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		34.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.0	700	✓		✓		✓		✓		✓				KAREN	SST	
7	DANILO J	40907213	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.1	700	✓		✓		✓		✓		✓				KAREN	SST	
8	ALEXANDER	1023458725	x	700		✓	900		x	1200		✓	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
9																															

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmonares enfermedades cardiacas, diabetes, hipertensión, cancer, anemia falciforme o vih, cumplen con alguna de estas condiciones, solicitar aislamiento.

SINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-41
Versión	1
Fecha	17/03/2021

FECHA: 17-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL CUBREBOCA		USO DE GAFAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTALACIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION Y IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	Nombre	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	7968876	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																														
8																														
9																														

FECHA: 18-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL CUBREBOCA		USO DE GAFAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTALACIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION Y IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	Nombre	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	7968876	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.1	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
7	DANILO J	4090713	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.1	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
8	ALEXANDER J	1023958325	✓	700		✓	900		✓	1200		✓	300		36.0	700	✓		✓		✓		✓		✓			KAREN	SST	
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cardiacas, diabetes, Hipertensión, cancer, asma, hipersensibilidad a la, cercanía con un infectado, o vivir en aglomeraciones.

SISNEO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-012
Versión	1
Fecha	19/03/2021

FECHA: 19-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AL INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO BARBIJO/MASCARA		USO GUANTE		CUMPLE PROTOCOLOS ANTI COVID19		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	HORA/AM	HORA/PM	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1700		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	95549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469010	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688776	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																																
8																																
9																																

FECHA: 20-2021-03

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AL INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO BARBIJO/MASCARA		USO GUANTE		CUMPLE PROTOCOLOS ANTI COVID19		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	HORA/AM	HORA/PM	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1700		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	95549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469010	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688776	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cancer), estar hospitalizado en el momento con un infectado, estado de embarazo.

SINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-012
Versión	1
Fecha	01/07/21

FECHA: 23-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL JAB. INDUSTRIAL		USO GUANTES / BOTAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWING	1090469870	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91662380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

FECHA: 24-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL JAB. INDUSTRIAL		USO GUANTES / BOTAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWING	1090469870	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91662380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO. Mayor de 65 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertensión arterial, otra hipotiroidismo etc), convivir con alguien infectado, asistir regularmente a

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-1488
Versión	1
Fecha	4/04/2020

FECHA: 25-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCALDIA		USO DEL UNIFORME		USO DE GUANTES		USO BATAS		CUMPLE CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE NOTIFICACION Y CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	12000		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

FECHA: 26-03-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCALDIA		USO DEL UNIFORME		USO DE GUANTES		USO BATAS		CUMPLE CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE NOTIFICACION Y CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayores de 60 Años, Enfermedades respiratorias, problemas cardiovasculares, cromicos (Piel seca, Alergias, cancer), otras hipersensibilidades o id, cercanía con personas, alergias o secreciones.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Código	SST-FO-013
Versión	1
Fecha	01/07/19

FECHA: 22-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ADECUADO		USO HERRAMIENTAS		USO BATAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y MANOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION TRABAJADORES	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	REALIZO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWING	1094469070	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300			700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																															
8																															
9																															

FECHA:

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ADECUADO		USO HERRAMIENTAS		USO BATAS		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y MANOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION TRABAJADORES	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	REALIZO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
2			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
3			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
4			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
6																	x		x		x		x		x					
7																															
8																															
9																															

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmonar enfermedades cardiacas (presión e, hipertensión, cancer, otras hipotiroidismo etc), consumir cargos hipertenso, cuenta enfermedades.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-012
Versión	1
Fecha	30/03/2021

FECHA: 29-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ANTES DE INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE GUANTES		USO DE MASCARA		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		USO DE PROTECCION PARA OJOS Y CARA		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION RECOMENDACIONES	ESTADO	FIRMA
			LAVADO RECIBO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391139	x	700	PAbril	x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN		PAbril
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN		
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN		PEDRO
4	DARWIN G	94549952	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN		DARWIN
5	ANDRY P	1096950 70	x	900		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN		
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN		
7																														
8																														
9																														

FECHA: 30-03-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ANTES DE INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE GUANTES		USO DE MASCARA		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		USO DE PROTECCION PARA OJOS Y CARA		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION RECOMENDACIONES	ESTADO	FIRMA
			LAVADO RECIBO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	NOMBRE	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391139	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	PAbril
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	PEDRO
4	DARWIN G	94549952	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	DARWIN
5	ANDRY P	1096950 70	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700			900			1200			300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 59 Años, Enfermedades respiratorias, pulmonares, cardiacas, diabeticos, asmaticos, hipertensivos, cancer, otra patología que sea de riesgo, cualquier otro relacionado, según lo amerite el caso.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-012
Versión	1
Fecha	17/04/2020

FECHA: 31-03-2021

N°	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL GEL ANTIBACTERIAL		USO DE TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		RECEPCION HOJA DE VIDA Y EXAMENES MEDICOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION RESPONSABLE	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	7.391139	x	700		x	900		x	1200		x	360		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	ENDER R	91667380	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	DARWIN G	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	ANDRES P	1090590470	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	76688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																														
8																														

FECHA:

N°	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL GEL ANTIBACTERIAL		USO DE TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		RECEPCION HOJA DE VIDA Y EXAMENES MEDICOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION RESPONSABLE	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
9			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
10			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
11			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
12			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
13			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
14																	x		x		x									
15																														
16																														
17																														

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmón, enfermedades cardiacas, diabetes, hipertensión, cáncer, renal, inmunosuprimido, VIH, obesidad con co-morbilidad, estado de embarazo.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Beneficio y Sacrificio de Animales
Código	SST-1-013
Versión	1
Fecha	05/04/2021

FECHA: 05-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TEMPERATURA AGUA ALCADEA		USO DE ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTE		CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y UTENSILIOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION Y CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900 A		x	1200 A		x	300 A		36.2	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	DARWIN G
2	ANDRY P	94549852	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.0	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO B	71391391	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.0	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	PEDRO R	5408444	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.2	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Pedro
5	CESAR D	79688576	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.1	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 06-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TEMPERATURA AGUA ALCADEA		USO DE ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTE		CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y UTENSILIOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION Y CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	DARWIN G	1090469070	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.0	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	DARWIN G
2	ANDRY P	94549852	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.1	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO B	71391391	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.2	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	PEDRO R	5408444	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		36.3	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	Pedro
5	CESAR D	79688576	x	700 A		x	900 A		x	1200 A		x	300 P		35.9	700 A	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Riesgos de Alto, Enfermedades respiratorias, gastricas enfermedades contagiosas (dificultad, Hipertensión, cancer, otras discapacidades etc), comercio con sus historiales, visitas ocasionales.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-013
Versión	1
Fecha	12/04/2021

FECHA: 07-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA											TOMA TEMPERATURA AL ESTORNUDO		SINTOMAS RESPIRATORIOS		USO DE TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION (IDENTIFICACION)	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA																
															TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700 A		X	900 A		X	1200 A		X	300 P		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	X	700 A		X	900 A		X	1200 A		X	300 P		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5468444	X	700 A		X	900 A		X	1200 A		X	300 P		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	X	700 A		X	900 A		X	1200 A		X	300 P		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	X	700 A		X	900 A		X	1200 A		X	300 P		35.9	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 08-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA											TOMA TEMPERATURA AL ESTORNUDO		SINTOMAS RESPIRATORIOS		USO DE TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLIMIENTO PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MANUALES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION (IDENTIFICACION)	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA																
															TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700 A		X	900 A		X	1200 P		X	300 P		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	X	700 A		X	900 A		X	1200 P		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	X	700 A		X	900 A		X	1200 P		X	300		35.9	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	X	700 A		X	900 A		X	1200 P		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	X	700 A		X	900 A		X	1200 P		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Embarazadas o en periodo de lactancia, personas con enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión, cáncer, otras) según reporte médico a ARL, contacto con personas sintomáticas, otros a criterio del médico.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SST-FT-012
Version	1
Fecha	13/04/2020

FECHA: 09-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PARAMETROS DISTANCIAMIENTO		DESINFECCION HERRAMIENTAS ALTURAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / ACCION EJECUTADA	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	PEDRO B	71391391	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ANDRY P	94549852	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		35.9	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	PEDRO R	5408444	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688579	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 10-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CUMPLE PARAMETROS DISTANCIAMIENTO		DESINFECCION HERRAMIENTAS ALTURAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / ACCION EJECUTADA	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	PEDRO S	71391391	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWING	1090469070	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ANDRY P	94549852	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	PEDRO R	5408444	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688579	x	700 A		x	900 A		x	1200 P		x	300 P		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Dejar de tocarse, Elementos recomendados, Evitar saludos de manos, Distancia de 2 metros, Uso de tapabocas, Lavado de manos, Uso de gel antibacterial, Evitar aglomeraciones, Uso de guantes cuando sea indicado, Aseo y desinfección.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-018
Versión	1
Fecha	01/09/2020

FECHA: 12-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA											FIEBRE TEMPERATURA SUPERIOR A 37.5		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		USO DE TAPABOCAS		USO DE GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	9060		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469670	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.4	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	DARWIN G	1090469670	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.4	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																														
8																														
9																														

FECHA: 13-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA											FIEBRE TEMPERATURA SUPERIOR A 37.5		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		USO DE TAPABOCAS		USO DE GUANTES		CUMPLE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER.G	1116888149	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	DARWIN G	1090469670	x	700		x	900			1200		x	900		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																														
8																														
9																														

HORA 12

FACTOR DE RIESGO: Edad de 60 Años, Enfermedades respiratorias, prácticas sobresalientes cercanos (fabricas, deportivos, cines, casa hipodérmicas etc), cuenta con una infección, estado enfermedades.

SINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Logística y Distribución
Código	SST-ST-010
Versión	1
Fecha	13/04/2020

FECHA: 14-04-2021

N°	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA CORPORAL		USO DE GEL ANTIBACTERIAL		USO DE TAPABOCAS		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y MAQUINAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION CONDICIONES	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	N° PERSONA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1116818149	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.7	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	PEDRO R	54084444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ANORY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469040	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
7																													KAREN	SST	
8																													KAREN	SST	
9																															

FECHA: 15-04-2021

N°	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA CORPORAL		USO DE GEL ANTIBACTERIAL		USO DE TAPABOCAS		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS BIOSEGURIDAD		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y MAQUINAS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE VERIFICACION CONDICIONES	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	N° PERSONA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1116818149	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	PEDRO R	54084444	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ANORY P	94549852	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469040	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1206		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
7																													KAREN	SST	
8																															
9																															

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Ruido de 80 dba o, Enfermedades respiratorias, personas vulnerables (diabetes, hipertensión, otras), contacto con la piel, contacto con la boca, contacto con los ojos.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-P-012
Versión	1
Fecha	12/05/2020

FECHA: 16-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS ASISTENCIALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / DESINFECCION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMP	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P	94549852	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	JAVIER G	1116816149	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688516		700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																																
8																																
9																																

FECHA: 17-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS ASISTENCIALES		DESINFECCION HERRAMIENTAS MENORES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / DESINFECCION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMP	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x			36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	DARWIN G	1090469070	x	700		x	900		x	1200		x			35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	5408444	x	700		x	900		x	1200		x			36.3	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	ANDRY P.	94549852	x	700		x	900		x	1200		x			36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5	JAVIER G	1116816149	x	700		x	900		x	1200		x			35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6	CESAR D	79688516		700			900			1200		x			36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padece enfermedades cronicas (diabetes, hipertensiones, enfermedades renal), cancer sin tratamiento, artritis y reumatismo.

205

SINGO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	[illegible]
Versión	1
Fecha	07/04/2020

FECHA: 19-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE RESPONSABLE DE INTERACCIONES		USO DE ESCUDO HERRAMIENTA O MAQUINA		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION TOMA DE MEDIDAS	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	VALOR	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	DARWIN G	1090469676	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Darwin G
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Pedro
3	PEDRO R	5408461 4	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Pedro
4	JAVIER G	1116818149	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	[illegible]
5	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Cesar Dcastle
6																																
7																																
8																																
9																																

FECHA: 20-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE RESPONSABLE DE INTERACCIONES		USO DE ESCUDO HERRAMIENTA O MAQUINA		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION TOMA DE MEDIDAS	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	VALOR	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1168181 49	x	700		x	900		x	200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	[illegible]
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Pedro
3	PEDRO R	5408461 4	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Pedro
4	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Cesar Dcastle
5			x	700		x	900		x	1206		x	300			700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6																																
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 64 Años, Embarazada o en periodo de lactancia, pacientes con enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión arterial, cuyas hipertensiones no controladas con su tratamiento, cáncer en tratamiento, VIH en tratamiento).

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Código	SST-F-012
Versión	1
Fecha	21/04/21

FECHA: 21-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA A LA ENTRADA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE BATA		USO GUANTES		USO BATAS		ASEPTIC PROTOCOLOS DESINFECCION		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CUMPLIMIENTO	SALUD	FIRMA
			1 LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	temperatura	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO R	5 4084614	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.2	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	JAVIER G	11681149	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	CESAR O	7968876	x	706		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																																
7																																
8																																
9																																

FECHA: 22-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA A LA ENTRADA		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE BATA		USO GUANTES		USO BATAS		ASEPTIC PROTOCOLOS DESINFECCION		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CUMPLIMIENTO	SALUD	FIRMA
			1 LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	temperatura	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	11681149	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		35.9	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	PEDRO R	54084614	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4	CESAR O	7968876	x	706		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x		x			KAREN	SST	
6																																
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 18 años, Embarazadas, puérperas, patologías asociadas (diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades autoinmunes, etc), contacto estrecho, entre otros.

Pedro

Clor Dant

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-F-012
Versión	1
Fecha	23/04/2021

FECHA: 23-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCADIA		USO DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL		USO DE UNIFORME		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DESINFECCION		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y ENSERES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE LA VERIFICACION Y CONFIRMACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INICIAL	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G.	1116818149	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	DENNIS R	1045764218	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ENDER A	91131312	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	PEDRO R	5408614	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	7968876	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Pedro
7																													KAREN	SST	Oscar Durante
8																														
9																														

FECHA: 24-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA PUNTO DE ACCESO		USO DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL		USO DE UNIFORME		USO DE GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DESINFECCION		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y ENSERES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE LA VERIFICACION Y CONFIRMACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INICIAL	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1116818149	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
3	DENNIS R.	1045764218	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
4	ENDER A	91131312	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.3	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
5	DARWIN G	1090469078	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
6	CESAR D	7968876	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	
7	PEDRO R.	5408614	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x				KAREN	SST	Oscar Durante
8																													KAREN	SST	Pedro
9																														

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Mayores de 60 Años, Enfermedades respiratorias, gripes o enfermedades virales (diarreas, Hipertensos, asmáticos, alergias hipotiroidismo etc), cercanía con un infectado, estilos de vida saludables.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-ST-018
Versión	1
Fecha	26/04/2021

FECHA: 26-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE CEDULA	LAVADO MANOS-HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DE ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CAMBIO PROTECTORES ANTIFLUIDOS		DESINFECCION HERRAMIENTAS/EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	JAVIER G	1116818449	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.2	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	PEDRO R	54084619	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.2	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
6																	X		X		X		X		X						
7																	X		X		X		X		X						
8																	X		X		X		X		X						
9																	X		X		X		X		X						

FECHA: 27-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE CEDULA	LAVADO MANOS-HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DE ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GUANTES		CAMBIO PROTECTORES ANTIFLUIDOS		DESINFECCION HERRAMIENTAS/EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION / IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	JAVIER G	1116818449	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.2	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	PEDRO R	54084619	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
6																	X		X		X		X		X						
7																	X		X		X		X		X						
8																	X		X		X		X		X						
9																	X		X		X		X		X						

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmonares, cardiacas, diabéticos, hipertensión, cáncer, mujeres Embarazadas o Lactantes, consulte con su médico, estado de inmunidad bajo.

SUNCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-010
Versión	1
Fecha	07/05/2020

FECHA: 28-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ENTRENADOR		USO DE TAPABOCAS		USO BARBA		CUMPLE PARAMETROS HIGIENICOS		USO DE GUANTES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION (NOMBRE Y CARGO)	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	MEDICION	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	JAVIER G	1116881449	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	Erika Quintero	91131312	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.2	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X					
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X					
6																	X		X		X		X		X					
7																														
8																														
9																														

FECHA: 29-04-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALEATORIA		USO DEL ENTRENADOR		USO DE TAPABOCAS		USO BARBA		CUMPLE PARAMETROS HIGIENICOS		USO DE GUANTES		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION (NOMBRE Y CARGO)	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	MEDICION	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	JAVIER G	1116881449	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	Erika Quintero	91131312	X	700		X	900		X	1200		X	300		35.9	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X					
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X					
6																	X		X		X		X		X					
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTORES DE RIESGO: Bajar de 90 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertension, cancer), embarazo, lactancia, entre otros.

SUNCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-IT-012
Versión	1
Fecha	17/05/2019

FECHA: 30-04-2021

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AXILAR		APLICA SANITIZANTE		USO DE GUANTES		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X			36.1	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	JAVIER G	1116818149	X	700		X	900		X	1200		X			36.0	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	PEDRO L	54084619	X	700		X	900		X	1200		X			36.1	700	X		X		X		X		X		X			KAREN	SST	Pedro
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
6																																
7																																
8																																
9																																

FECHA:

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA AXILAR		APLICA SANITIZANTE		USO DE GUANTES		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS DE INSTRUCCIONES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	RESULTADO	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
2			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
3			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
4			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X						
6																																
7																																
8																																
9																																

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayores de 60 Años, Enfermedades respiratorias, pulmon enfermedades cronicas (diabetes, Hipertension,cancer, cancer hipertiroidismo VIH), contacto con un infectado, cuidar algun familiar,

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Codigo	SSST-F-012
Version	1
Fecha	3/05/2021

FECHA: 03-05-2021

Ite	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL GEL		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS ANTERIORES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	HORA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1168184	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.1	700	x		x		x		x		x			KAREN		
4			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
6																														
7																														
8																														
9																														

FECHA: 04-05-2021

Ite	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS HORA												TOMA TEMPERATURA ALCOHOL GEL		USO GEL ANTIBACTERIAL		USO TAPABOCAS		USO GAFAS		CUMPLE PROTOCOLOS ANTERIORES		DESINFECCION HERRAMIENTAS Y EQUIPOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	HORA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	JAVIER G	1168184	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.2	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
3	CESAR D	79688576	x	700		x	900		x	1200		x	300		36.0	700	x		x		x		x		x			KAREN	SST	
4			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
5			x			x			x			x					x		x		x		x		x					
6																														
7																														
8																														
9																														

HORA 1: FACTORES DE RIESGO: Fuera de SO Aseo, Enfermedades respiratorias, parásitos enfermedades gastricas y diarreicas, Alergias, gripes, cancer, virus Mycobacterium tbc, cuarto con ventilación, visita y/o recomendaciones.

SIINCO

CONTROL MEDIDAS DE DESINFECCION-LAVADO DE MANOS

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-042
Versión	1
Fecha	07/05/2020

FECHA: 05-05-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA												TOMA DE TEMPERATURA AL INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE APRENDICES		USO GUANTES		CUMPLE CON LOS EPP'S REQUERIDOS PARA LA ACTIVIDAD		USO DE PROTECCION RESPIRATORIA (TAPABOCAS)		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	JAVIER G	1168184	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	CESAR D	79688576	X	700		X	900		X	1200		X	300		35.9	900	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4			X			X			X			X				700	X		X		X		X		X					
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X					
6																	X		X		X		X		X					
7																														
8																														
9																														

FECHA: 06-05-2021

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	LAVADO DE MANOS-HORA												TOMA DE TEMPERATURA AL INGRESO		USO DEL ANTIBACTERIAL		USO DE APRENDICES		USO GUANTES		CUMPLE CON LOS EPP'S REQUERIDOS PARA LA ACTIVIDAD		USO DE PROTECCION RESPIRATORIA (TAPABOCAS)		OBSERVACIONES	RESPONSABLE VERIFICACION CAPACITACION	CARGO	FIRMA
			LAVADO INGRESO	HORA	FIRMA	1 LAVADO	HORA	FIRMA	2 LAVADO	HORA	FIRMA	LAVADO SALIDA	HORA	FIRMA	TEMPERATURA	HORA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	JAVIER G	1168184	X	700		X	900		X	1206		X	300		36.0	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
2	PEDRO B	71391391	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.1	700	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
3	CESAR D	79688576	X	700		X	900		X	1200		X	300		35.9	900	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
4	ENDER Q	91131312	X	700		X	900		X	1200		X	300		36.0	900	X		X		X		X		X			KAREN	SST	
5			X			X			X			X					X		X		X		X		X			KAREN	SST	
6																														
7																														
8																														
9																														

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Peligro de tipo Físico, Enfermedades respiratorias, posibles enfermedades contagiosas (virales), Mecánicos, Locativos, Otros (Especificar cual) Si, describir como se trabajara, cuando se implementara.

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	CAL-FT-006
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Proyecto : ALCALDIA DE SUBA -				N° de inspección:	
Ubicación: CASA DE PARTICIPACIÓN, ALCALDIA SUBA				Tipo de Inspección:	
Inspector: KAREN MARTINEZ		Cargo: SST	Firma: KAREN M.	☒ Planeada	( ) Especial
Fecha : 01-03-2021	Hora: 700 AM	Cuadrilla:	Responsable:	( ) No Planeada	
Empresa: SIINCO.			Cinta del mes:	( ) Pre Uso	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Emplames y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislameinto	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	TALADRO INALAMBRICO	BOSH MAKTA BL 1840B-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	TALADRO INALAMBRICO	BOSH. MAKITA BL1840B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones.	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislameinto	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3	ACOLLADORA	KM 212 05208180001	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	CORTADORA.	OW715.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

Cesar Duenas.
Ing. Residente.

KAREN MARTINEZ.
SST / PdR.

CTSST / Capataz

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	CAL-FT-006
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Proyecto: ALCALDIA DE SUBA				N° de inspección:	
Ubicación: CASA DE PARTICIPACIÓN				Tipo de Inspección:	
Inspector: KAREN MARTINEZ		Cargo: SST	Firma: KAREN M.	(x) Planeada	( ) Especial
Fecha : 19-04-2021	Hora: 9:00 AM.	Cuadrilla:	Responsable: ENDER RANGEL	( ) No Planeada	
Empresa: SIINCO			Cinta del mes:	( ) Pre Uso	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Emplames y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	TALADRO INALAMBRICO	BOSH BL840B	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Pedro A. Bricuño
2																

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenes condiciones	Emplames y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3																
4																

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

César Dueñas
Ing. Residente.

KAREN M.
SST / PdR.

CTSST / Capataz

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	CAL-FT-006
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Proyecto :	ALCALDIA DE SUBA				N° de inspección:		
Ubicación:	CASA DE PARTICIPACION ; ALCALDIA . SUBA				Tipo de Inspección:		
Inspector:	KAREN MARTINEZ	Cargo:	SST	Firma:	KAREN M.	(X) Planeada	( ) Especial
Fecha :	26-04-2021	Hora:	9:00 AM	Cuadrilla:	N/A	Responsable: CESAR DUARTE	( ) No Planeada
Empresa:	SIINCO SAS				Cinta del mes:	N/A	( ) Pre Uso

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / Instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	CAUPO SOLDADURA	ISAMP.	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	TALADRO INALAMBRICO	BOSH GSB40B.	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3	POLIDORA MAKITA	251030.	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4																

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

Ing. Residente.

SST / PdR.

CTSST / Capataz.

SIINCO SAS Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción	INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES	Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
		Codigo	CAL-FT-006
		Version	1
		Fecha	16/01/2020

Proyecto: ALCALDIA SUBA MANTENIMIENTO				N° de inspección:	00
Ubicación: ALCALDIA DE SUBA				Tipo de Inspección:	
Inspector: KAREN MARTINEZ		Cargo: SST	Firma: KAREN M.	(X) Planeada	( ) Especial
Fecha : 11-03-2021	Hora: 700AM.	Cuadrilla:	Responsable:	( ) No Planeada	
Empresa: SIINCO SAS.			Cinta del mes:	( ) Pre Uso	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislameinto	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	ACOLILLADORA	KM 212 052081B0001	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	RETESTIADORA	DW715.	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Emplames y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo.	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3	TALADRO	MAKITA SL18408	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4																

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

Ing. Residente.

FAREN SST.
SST / PdR.

CTSST / Capataz.

SIINCO SAS
Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción

INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	CAL-FT-006
Version	1
Fecha	16/01/2020

Proyecto: ALCALDIA DE SUBA

N° de inspección:

Ubicación: CASA PARTICIPACIÓN

Tipo de Inspección:

Inspector: KAREN MARTINEZ | Cargo: | Firma: KAREN M | (X) Planeada | ( ) Especial

Fecha: 15-03-21 | Hora: 700 AM | Cuadrilla: | Responsable: ENDER RANGEL | ( ) No Planeada

Empresa: SIINCO. SAS | Cinta del mes: | ( ) Pre Uso

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	TALADRO INALAMBRO	BOSH MAKITA BL 18408	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Pedro A. Briceño
2																

215

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3																
4																

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

Ing. Residente.

KAREN M.
SST / PdR.

CTSST / Capataz.

SIINCO SAS
Servicios Integrales de Ingeniería y Construcción

INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS PORTÁTILES

Proceso	Seguridad y salud en el trabajo
Codigo	CAL-FT-006
Version	1
Fecha	16/01/2020

Proyecto : ALCALDIA DE SUBA

N° de inspección:

Ubicación: CASA DE PARTICIPACIÓN

Tipo de inspección:

Inspector: KAREN MARTINEZ **Cargo:** SST **Firma:** KAREN M

(X) Planeada ( ) Especial

Fecha : 05-04-21 **Hora:** 900 AM **Cuadrilla:** **Responsable:** ENDER RANGEL

( ) No Planeada

Empresa: SIINCO SAS **Cinta del mes:**

( ) Pre Uso

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado	Interruptores y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
1	TALADRO INALAMBRICO	BOSH MAKITA BL 1840B	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Pedro A. Briceño
2																

N°	HERRAMIENTAS	CÓDIGO / SERIE	Herramienta cuenta con cinta de color del mes	Condiciones generales de la herramienta.	Cables eléctricos en buenas condiciones	Empalmes y conexiones correctas (no cruza acceso).	Enchufe de tipo industrial y en buen estado.	Interruptoras y/o botones	Almacenamiento / instalación adecuada	Guardas y dispositivos de seguridad	Conexión a tierra o doblemente aislada	Herramienta equipada con interruptor de trabajo continuo	Ajustes correctos con herramientas adecuadas	Prueba de aislamiento	Herramienta con interruptor de bloqueo	NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO O RESPONSABLE
3																
4																

Bueno = ✓ Malo / Deteriorado = X No tiene = NT Perdido / extraviado = P No aplica = NA

Observación.	Medida Correctiva a implementar.	Responsable de ejecución.	Fecha de Implem.	Ejecutado?

Comentarios:

César Date
Ing. Residente.

REKEN M.
SST / PdR.

CTSST / Capataz