CLINICA REGIONAL DEL SAN JORGE I.P.S S.A
N° 812005684-1

INCAPACIDAD MEDICA

						N°	64145
APELLIDOS Y NOMBRES	PORTNOY MORALES JOSE JULIAN					N° HC	1140887161
E.P.S.	NUEVA E.P.S. S.A			N° AFILIACIÓN	1140887161	N° PATRONAL	NO APLICA

INCAPACIDAD						N° DIAS	TIPO DE INCAPACIDAD	CODIGO DX
DESDE			HASTA			7	URGENCIAS	U071
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			
9	6	2021	15	6	2021	Es Prorroga : No		

CONTINGENCIA	FECHA ACCIDENTE DE TRABAJO
Enfermedad General	

OBSERVACION: AISLAMIENTO OBLIGATORIO

NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA	REGISTRO	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
OYOLA VILLEGAS DUDIER CC 1069502648		1069502648	

Firmado Electronicamente

EPS
CALLE 1 N° 1-27 MONTELIBANO
Tel: [illegible]
Cod:

VIGILADO

151

CLINICA REGIONAL DEL SAN JORGE I.P.S S.A
NIT 812005644-1

INCAPACIDAD MEDICA

							N°	63894
APELLIDOS Y NOMBRES :	MORALES RUIZ TIBALDO ENRIQUE						N° HC :	78295118
E.P.S :	EPS SANITAS S.A.			N° AFILIACIÓN:	78295118	N° PATRONAL:	NO APLICA	
INCAPACIDAD				N° DIAS	TIPO DE INCAPACIDAD		CODIGO DX	
DESDE			HASTA					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	14	URGENCIAS	U071
28	5	2021	10	6	2021	Es Prorroga : No		
CONTINGENCIA				FECHA ACCIDENTE DE TRABAJO				
Enfermedad General								
OBSERVACION								

NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA	REGISTRO	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
CAMPO BEDOYA CRISTIAN CAMILO CC 1088538160		1088538160	

Firmado Electrónicamente

CLINICA PAJONAL S.A.S
NIT 811002429-7

INCAPACIDAD MEDICA

						N°	10591
APELLIDOS Y NOMBRES :	ZAPA GOMEZ JOSE JOSE					N° HC :	92260733
E.P.S :	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE		N° AFILIACIÓN:	92260733		N° PATRONAL:	NO APLICA

INCAPACIDAD						N° DIAS	TIPO DE INCAPACIDAD	CODIGO DX
DESDE			HASTA			4	URGENCIAS	J80X
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			
1	6	2021	4	6	2021	Es Prorroga : No		

CONTINGENCIA	FECHA ACCIDENTE DE TRABAJO
Enfermedad General	

OBSERVACION	AISLAMIENTO EN CASA. TOMA DE MEDICACION.

NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA	REGISTRO	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
TORRES OSORIO ELIAS MOISES		CC - 1143250201 Tarjeta No. 1143250201	

Firmado Electrónicamente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
NIT 812000344-4

INCAPACIDAD MEDICA							N°	9218
APELLIDOS Y NOMBRES :	GONZALEZ TAPIA JOSE DOMINGO						N° HC :	11003673
E.P.S :	MUTUAL SER			N° AFILIACIÓN:	11003673		N° PATRONAL:	NO APLICA
INCAPACIDAD						N° DIAS	TIPO DE INCAPACIDAD	CODIGO DX
DESDE			HASTA			1	URGENCIAS	R51X
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			
31	5	2021	31	5	2021	Es Prorroga : No		
CONTINGENCIA						FECHA ACCIDENTE DE TRABAJO		
Enfermedad General								
OBSERVACION								

NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA	REGISTRO	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
MARQUEZ PETRO MANUEL SEBASTIAN	Manuel S Marquez	CC - 1047498855 Tarjeta No. 1047498855	

Firmado Electrónicamente

Correo
CR 5 23 144 BRR LA LUCHA MONTELIBANO
Tel : 7626639 Fax : 7626639
Web: www.hospitalmontelibano.gov.co

VIGILADO Supersalud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
NIT 812000344-4

INCAPACIDAD MEDICA								N°	9216
APELLIDOS Y NOMBRES :	ORTEGA FLOREZ ANDRES DAVID							N° HC :	1063294796
E.P.S :	NUEVA EPS SA					N° AFILIACIÓN:	1063294796	N° PATRONAL :	NO APLICA
INCAPACIDAD						N° DIAS	TIPO DE INCAPACIDAD		CODIGO DX
DESDE			HASTA			3	URGENCIAS		U072
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO				
31	5	2021	2	6	2021	Es Prorroga : No			
CONTINGENCIA			FECHA ACCIDENTE DE TRABAJO						
Enfermedad General									
OBSERVACION	INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DÍAS, CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA POSITIVA COVID 19.								

NOMBRE PROFESIONAL	FIRMA	REGISTRO	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR
PUELLO MEDINA KATTIA MARGARITA		CC - 1140867158 Tarjeta No. 1140867158	

Firmado Electrónicamente

Correo
CR 5 23 144 BRR LA LUCHA MONTELIBANO
Tel 7626639 Fax 7626639
Web www.hospitalmontelibano.gov.co

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Tipo Incapacidad Ambulatoria [X] Hospitalaria [ ]

IPS EXCLUSIVA PROMEDAM CENTRO

Consecutivo: 602375806 Nro. Incapacidad EPS: 6900998

Fecha Expedición: 09/06/2021 08:10 AM Ciudad: MEDELLIN

Datos afiliado

Nombre del afiliado:	JORGE ELIAS PASTRANA SANCHEZ	ID:	CEDULA DE CIUDADANIA - 1003502963
Empleador:	CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	ID:	NT - 901397763
Tipo cotizante:	DEPENDIENTE	Estado Incapacidad:	TRANSCRITA

Datos incapacidad/licencia

Contingencia:	Enfermedad General	Días solicitados:	2
Dias en letras:	DOS	Procedimiento estetico	
Diagnóstico:	B342	decreto 047/2000 art 3 :	NO
Fecha inicial:	09/06/2021	Fecha final:	10/06/2021
Prorroga	N	Días acumulados:	0
Observación		IBL	0

Datos del médico o IPS prestador del servicio

Nombre profesional:	RODOLFO ANTONIO CORREA GIL	Reg. Profesional:	1047469687
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Ciudad prestador:	MEDELLIN
Razón social prestatario:	PROMEDAN IPS	ID:	900852086

INCAPACIDAD TRANSCRITA

Se?or(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado est?n sujetos a verificaci?n, por lo tanto, ?stos pueden ser modificados.

Se?or(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podr? realizarlo a trav?s de nuestro portal web www.nuevaeps.com.co o en su ciudad en la oficina de atenci?n m?s cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operaci?n, deber? adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:

Persona Jur?dica: solicitud de pago, certificado de liquidaci?n original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de C?mara y Comercio (original no mayor a 30 d?as) o certificado de existencia y representaci?n legal, adem?s de la certificaci?n bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidaci?n original, fotocopia de la c?dula de ciudadan?a del empleador y una certificaci?n bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Firma Medico

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Tipo Incapacidad Ambulatoria [X] Hospitalaria [ ]

IPS EXCLUSIVA PROMEDAM CENTRO

Consecutivo: 602363938 Nro. Incapacidad EPS: 6883288

Fecha Expedición: 02/06/2021 08:11 AM Ciudad: MEDELLIN

Datos afiliado

Nombre del afiliado:	JORGE ELIAS PASTRANA SANCHEZ	ID:	CEDULA DE CIUDADANIA - 1003502963
Empleador:	CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	ID:	NT - 901397763
Tipo cotizante:	DEPENDIENTE	Estado Incapacidad:	TRANSCRITA

Datos incapacidad/licencia

Contingencia:	Enfermedad General	Días solicitados:	3
Días en letras:	TRES	Procedimiento estetico	
Diagnóstico:	U072	decreto 047/2000 art 3 :	NO
Fecha inicial:	02/06/2021	Fecha final:	04/06/2021
Prorroga	N	Días acumulados:	0
Observación		IBL	0

Datos del médico o IPS prestador del servicio

Nombre profesional:	NATHALIE ZAMORANO FERRER	Reg. Profesional:	5445313
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Ciudad prestador:	ITAGUI
Razón social prestatario:	PROMEDAN IPS	ID:	900852086

INCAPACIDAD TRANSCRITA

Se?or(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado est?n sujetos a verificaci?n, por lo tanto, ?stos pueden ser modificados.

Se?or(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podr? realizarlo a trav?s de nuestro portal web www.nuevaeps.com.co o en su ciudad en la oficina de atenci?n m?s cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operaci?n, deber? adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:

Persona Jur?dica: solicitud de pago, certificado de liquidaci?n original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de C?mara y Comercio (original no mayor a 30 d?as) o certificado de existencia y representaci?n legal, adem?s de la certificaci?n bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidaci?n original, fotocopia de la c?dula de ciudadan?a del empleador y una certificaci?n bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Firma Medico



CERTIFICADO DE DEFUNCION ANTECEDENTE PARA REGISTRO CIVIL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y estan protegidos bajo reserva estadistica por la Ley 79 de 1993, Art.5to

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN — Numero del certificado de Defunción: 728091639

LUGAR DE DEFUNCIÓN

Departamento: CORDOBA — Municipio: MONTERIA

AREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CABECERA MUNICIPAL

Inspeccion, corregimiento o caserio

TIPO DE DEFUNCIÓN: NO FETAL

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (AAAA-MM-DD): 2021-06-13

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora 16 Minutos 20 ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO: FEMENINO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PASTRANA	CONTRERAS	CARINA	CAROLA

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): 25990891

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

A cual pueblo indígena pertenece?

PROBABLE MANERA DE MUERTE

NATURAL

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MIRANDA	SILVA	OSCAR	EDUARDO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 3876819

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: MÉDICO

REGISTRO PROFESIONAL: 3876819

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

Departamento Municipio Año 2021 Mes [illegible] Día 12

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Impresión Generada del Sistema por Rectificación de Información - Valida Como Antecedente [illegible] Civil y Trámite de Licencia de Inhumacion

FUNDACIÓN AMIGOS DE LA SALUD
NIT.: 812.005.522-1
MONTERIA - CORDOBA

La salud es de todos | Minsalud | NDE Nacimientos y Defunciones | DANE | Conectividad

CERTIFICADO DE DEFUNCION ANTECEDENTE PARA REGISTRO CIVIL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5to.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN — Número del certificado de Defunción: 728030740

LUGAR DE DEFUNCIÓN

Departamento: ANTIOQUIA — Municipio: NECHÍ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CABECERA MUNICIPAL

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCIÓN: NO FETAL

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (AAAA-MM-DD): 2021-06-18

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora 7 Minutos 45 ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO: MASCULINO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CORREA	MARTINEZ	JAMER	ANDRES

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): 1001549983

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

A cuál pueblo indígena pertenece?

PROBABLE MANERA DE MUERTE: NATURAL

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ALVAREZ	BEGAMBRE	ADRIANA	CRISTINA

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1067958143

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: MÉDICO

REGISTRO PROFESIONAL: 1067958143

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

Departamento | Municipio | Año 2021 Mes JUNIO Día 18

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Impresión Generada del Sistema por Rectificación de Información - Valida Como Antecedente para Registro Civil y Trámite de Licencia de Inhumacion

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 08270841

08270841

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [1][6][1]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE NECHI COLOMBIA ANTIOQUIA - NECHI

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PEREZ MARTINEZ JAHER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
TI 1 091 549 [illegible]	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ANTIOQUIA NECHI

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2021 Mes 06 Día 14	07:45	72503749

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
	Año - Mes - Día -

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización Judicial [ ] Certificado Médico [X]	

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

TORREGROSA GOMEZ DUBERNEY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1 020 [illegible].CCC	Dubierney Torregrosa Gomez

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes 06 Día 15	CRISTOBAL DE JESUS MENTES PASTRANA

ESPACIO PARA NOTAS

15-JUN-2021 - TIPO DE DOCUMENTO ANTECEDENTE - CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

FORMULARIO IMPRESO POR [illegible]

157

ANEXO 17

MEDINA & RIVERA
INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.

FC-COV-01. INFORME DE CUMPLIMIENTO A PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

SEDE BOGOTÁ D.C.
OFICINA PRINCIPAL
CRA. 15A # 121-12 OFIC.318
Tel (PBX): 6203317-6203378
Móvil: (57) (1) 316 833 21 19

SEDE TUNJA
BOYACÁ
CRA. 4 #41-40
Barrio Santa Inés
Tel: (57) (8) 7469988

SEDE CHIA
CUNDINAMARCA
AV. Chilacos, CRA 15 #17-128
Barrio Rio Frio
Fijo: (57) (1) 8852535

SEDE PANAMÁ
REP. PANAMA
CLL.56 y 57 Este- OFIC 10H
Obarrio, Sortis BusinessTower
Corregimiento de Bella Vista

MEDINA & RIVERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.	INFORME MENSUAL DE CUMPLIMIENTO A PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO: FC-COV-01 VERSIÓN: 0 FECHA: 10/06/2020

Datos Generales del Proyecto

Código Interno del proyecto: 436	NIT: 830 013 230-5

Objeto contractual del proyecto: Contrato PN DIRAF N° 06-3-10082-20 INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, LEGAL Y AMBIENTAL PARA LA CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE LA SEGUNDA FASE DEL DISTRITO Y ESTACIÓN DE POLICÍA CAUCASIA EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA DE LA REGIÓN DE POLICÍA N° 6, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE - LOTE 1 INTERVENTORÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, LEGAR Y AMBIENTAL PARA LA FASE II A DE LA CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL URBANISMO, REDES ELÉCTRICAS E HIDROSANITARIAS ESTERNAS DE LA FASE DOS DEL DISTRITO Y ESTACIÓN DE POLICÍA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE. LOTE 1.

Ubicación del proyecto: Caucasia, Antioquia	Mes del Informe: del 24 de mayo al 23 de junio de 2021

Convenciones para nivel de exposición

Riesgo alto	La actividad le genera contacto frecuente con más personas a menos de 1 metro
Riesgo Medio	La actividad le genera contacto frecuente con más personas entre 1 y 2 metros
Riesgo Bajo	La actividad le genera contacto frecuente con más personas a más de 2 metros

N°	Actividades Realizadas	Nivel de exposición (Tener en cuenta las convenciones para determinar el nivel de exposición)
1	Inspecciones de obra, diarias a los frentes de obra.	Riesgo alto
2	Comites semanales en los frentes de obra	Riesgo medio
3	Recorridos a los frentes de obra con el contratista y con el FDLCH	Riesgo alto
4	Recibo de correspondencia en las instalaciones de la interventoria	Riesgo Bajo
5		

Medidas Generales de bioseguridad, según actividades realizadas (lavado de manos, distanciamiento social, uso de tapabocas)		Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)
1	Se realiza lavado de manos antes de iniciar activ	 
2	Se supervisa el uso adecuado del tapabocas.	

Medidas Administrativas (jornadas flexibles, modalidad de trabajo, turnos trabajo, ingreso, salida, toma de alimentos, censo trabajadores, identificación población vulnerable a COVID 19)		Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)
1	Se realiza seguimiento diario de las condiciones de salud del personal. Una (1) vez al día.	Se anexa soporte de seguimiento de condiciones de salud del personal que se encuentra en obra, en el presente informe

MEDINA & RIVERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.	INFORME MENSUAL DE CUMPLIMIENTO A PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO: FC-COV-01 VERSIÓN: 0 FECHA: 10/06/2020

2	Diariamente se fomenta el adecudo uso del tapabocas.	
3	Se realiza lavado de manos durante la jornada laboral.	
Medidas Locativas (puntos lavado de manos, área de cuidado en salud, zona de consumo de alimentos, dotación de alcohol glicerinado, disponibilidad de agua, jabón, toallas desechables, canecas).		**Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)**
1	Se cuenta en obra con los siguientes suministros de limpieza y desinfección: alcohol, jabón líquido, fab.	 
2	Se realiza lavado de manos después de las actividades laborales justo antes de salir de la obra.	
Medidas de Higiene y Limpieza (protocolos de limpieza y desinfección, manejo de residuos, manipulación de equipos y herramientas).		**Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)**
1	Orden y aseo en oficina.	
2	Se realiza aseo en los distintos frentres de trabajo.	 

MEDINA & RIVERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.	INFORME MENSUAL DE CUMPLIMIENTO A PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO: FC-COV-01 VERSIÓN: 0 FECHA: 10/06/2020

	Medidas de Salud y Protección (protocolo de acción en caso sospechoso de COVID 19, medidas de mitigación/crisis, programa de vigilancia de la salud, elementos de protección personal, en el desplazamiento desde hacia el lugar de trabajo, al ingreso y salida, durante el día, recomendaciones en la vivienda, zonas comunes, monitoreo de la salud, instalación de barreras).	Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)
1	Se implementa el aislamiento preventivo a persona sospechosa y se inicia con cerco epidemiologico.	
2	Diariamente se realizan recomendaciones sobre protocolo de bioseguridad para el uso adecuado del tapabocas, un correcto lavado de manos, prevención de contacto estrecho con personas ajenas a la obra, uso del transporte público y cuidado en casa.	

Comunicación de medidas de prevención al contagio por COVID-19

Qué comunico	A quién comunico	Cómo lo comunico	Fecha	Evidencia
Recordar la importancia de mantener el protocolo de bioseguridad	Todo el personal de obra	Verbal	1/06/2021	

Capacitación

Tema de la Capacitación/Charl	N° Asistentes	Modalidad (Presencial/virtual)	Fecha	Evidencia
Mitos frecuentes sobre la vacuna Covid-19	17	Presencial	4/06/2021	
Prevención Covid-19, protocolo de bioseguridad	20	Presencial	1/06/2021	Listado de personal

Gestión de la implementación del protocolo de bioseguridad	Dato	Meta
Resultado indicador de cumplimiento a la implementación del protocolo de bioseguridad	100%	>=95%
Resultado indicador de cumplimiento a la implementación del protocolo de bioseguridad del contratista de obra	40%	>=95%
Resultado indicador de cumplimiento del presupuesto	100%	<= 98%

MEDINA & RIVERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.	INFORME MENSUAL DE CUMPLIMIENTO A PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO: FC-COV-01 VERSIÓN: 0 FECHA: 10/06/2020

Resultado indicador casos positivos con COVID-19	20%	<= 20%
Resultado indicador casos sospechosos de COVID-19	0%	< =40%

Acciones tomada a incumplimiento en la ejecución del protocolo o a posibles contagios por COVID-19 (Aplica tambien incumplimiento de indicadores de control)

Hallazgo	Acción tomada	Evidencias (registro fotográfico fechado, listado asistencia, entre otros)
Suministro de elementos de aseo (jabón liquido, alcohol, toallas desechables, entre otros)	Compromiso por parte de Contratista en subsanar las necesidades para el cumplimiento del protocolo de bioseguridad	
Uso de los elementos de protección (uso del tapabocas)	Reforzar medidas de cumplimiento al protocolo de bioseguridad.	
Tanque de lavado de manos, nuevo	Subsanar suministro de agua para lavado de manos	

Elaboró: NILEN LALLANY SIMANCA SOLÓRZANO **Aprobó:**
Cargo encargado de protocolo: Residente SISOMA **Director de Proyecto**

ANEXO 18

CERTIFICACIÓN CCS ISO 9001
CERTIFICACIÓN CCS ISO 14001
CERTIFICACIÓN CCS OHSAS 18001

MEDINA & RIVERA
INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.

ANÁLISIS DE DATOS CONTROL COVID 19

SEDE BOGOTÁ D.C.
OFICINA PRINCIPAL
CRA. 15A # 121-12 OFIC.318
Tel (PBX): 6203317-6203378
Móvil: (57) (1) 316 833 21 19

SEDE TUNJA
BOYACÁ
CRA. 4 #41-40
Barrio Santa Inés
Tel: (57) (8) 7469988

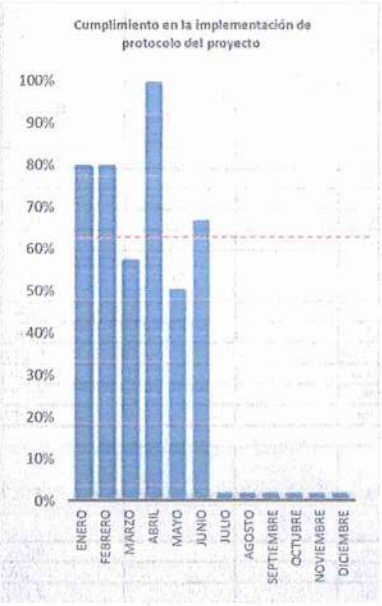
SEDE CHIA
CUNDINAMARCA
AV. Chilacos, CRA 15 #17-128
Barrio Rio Frio
Fijo: (57) (1) 8852535

SEDE PANAMÁ
REP. PANAMA
CLL.56 y 57 Este- OFIC 10H
Obarrio, Sortis BusinessTower
Corregimiento de Bella Vista

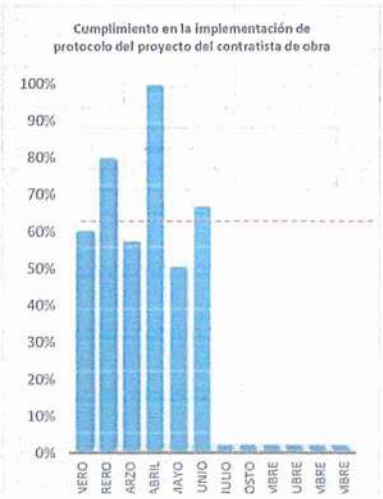
MEDINA & RIVERA INGENIEROS ASOCIADOS S.A.S.	INDICES DE GESTIÓN	CÓDIGO	FC-AD-01
		VERSIÓN	04
		FECHA	18/05/2018

PROCESO / PROYECTO	RESPONSABLE	OBJETIVO ORGANIZACIONAL	OBJETIVO INDICE	FORMULAS		META	PERIODICIDAD
TODOS LOS PROCESOS	- Director de Proyecto - Profesional, Residente, Inspector SSTA	Garantizar programas de seguridad y salud en el trabajo que permitan el mejor desempeño de los trabajadores y contratistas, minimizando la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales en cumplimiento a la legislación legal vigente.	Permite revisar el porcentaje de cumplimiento en la implementación de protocolo del proyecto	Actividades ejecutadas de acuerdo a protocolo de bioseguridad / Actividades programadas en protocolo de bioseguridad	x100	>=95 %	Mensual
			Permite revisar el porcentaje de cumplimiento en la implementación de protocolo del proyecto del contratista	Actividades ejecutadas de acuerdo a protocolo de bioseguridad del contratista de obra / Actividades programadas en protocolo de bioseguridad del contratista de obra	x100	>=95 %	Mensual
			Revisar el cumplimiento del presupuesto aprobado frente a la implementación de las medidas de bioseguridad	Presupuesto mensual ejecutado del protocolo de bioseguridad implementado / Presupuesto mensual programado para implementación de protocolo de bioseguridad	x100	<= al 98%	Mensual
			Indica el porcentaje de colaboradores con caso positivo para COVID-19	Numero de colaboradores con casos positivo de COVID-19 / Numero total de colaboradores	x100	<= al 20%	Mensual
			Indica el porcentaje de colaboradores con posible caso para COVID-19	Numero de colaboradores con posible caso de COVID-19 por contacto estrecho / Numero total de colaboradores	x100	< =al 40%	Mensual

MES	Actividades ejecutadas de acuerdo a protocolo de bioseguridad	Actividades programadas en protocolo de bioseguridad	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Enero	4	5	80%	Lavado de manos, toma de temperatura, seguimiento a signos y síntomas, capacitación, láminas informativas, retroalimentación para la prevención Covid 19.
Febrero	4	5	80%	Lavado de manos, toma de temperatura, seguimiento a signos y síntomas, capacitación, láminas informativas, retroalimentación para la prevención Covid 19.
Marzo	4	7	57%	Lavado de manos, toma de temperatura, condiciones de salud, capcilción, limpieza de puestos de trabajo, uso del alcohol.
Abril	5	5	100%	Se ha evidenciado por parte del Contratista el compromiso de cumplir y subsanar aquellas necesidades en cuanto al uso de elementos de bioseguridad.
Mayo	3	6	50%	Lavado de manos, capacitación, seguimiento de sintomas, suministro de elementos de aseo, láminas informativas, retroalimentación prevención Covid 19.
Junio	4	6	67%	Lavado de manos, capacitación, seguimiento condiciones de salud, desinfección de puestos de trabajos, láminas informativas, retroalimentación prevención covid-19.
Julio			#¡DIV/0!	
Agosto			#¡DIV/0!	
Septiembre			#¡DIV/0!	
Octubre			#¡DIV/0!	
Noviembre			#¡DIV/0!	
Diciembre			#¡DIV/0!	



MES	Actividades ejecutadas de acuerdo a protocolo de bioseguridad del	Actividades programadas en protocolo de bioseguridad del contratista de	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Enero	3	5	60%	Lavado de manos, toma de temperatura, seguimiento a signos y síntomas, capacitación, láminas informativas, retroalimentación para la prevención Covid 19.
Febrero	4	5	80%	Lavado de manos, toma de temperatura, seguimiento a signos y síntomas, capacitación, láminas informativas, retroalimentación para la prevención Covid 19.
Marzo	4	7	57%	Lavado de manos, toma de temperatura, condiciones de salud, capcilción, limpieza de puestos de trabajo, uso del alcohol.
Abril	5	5	100%	Se ha evidenciado por parte del Contratista el compromiso de cumplir y subsanar aquellas necesidades en cuanto al uso de elementos de bioseguridad.
Mayo	3	6	50%	Lavado de manos, capacitación, seguimiento de sintomas, suministro de elementos de aseo, láminas informativas, retroalimentación prevención Covid 19.
Junio	4	6	67%	Lavado de manos, capacitación, seguimiento condiciones de salud, desinfección de puestos de trabajos, láminas informativas, retroalimentación prevención covid-19.
Julio			#¡DIV/0!	
Agosto			#¡DIV/0!	



Septiembre			#¡DIV/0!	
Octubre			#¡DIV/0!	
Noviembre			#¡DIV/0!	
Diciembre			#¡DIV/0!	



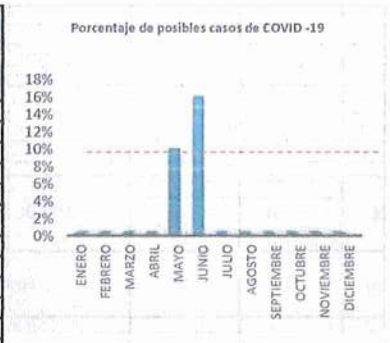
MES	Presupuesto mensual ejecutado del protocolo de bioseguridad	Presupuesto mensual programado para implementación de protocolo de	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Enero			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Febrero			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Marzo			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Abril			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Mayo			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Junio			#¡DIV/0!	El presupuesto se encuentra dentro de la administración del contrato
Julio			#¡DIV/0!	
Agosto			#¡DIV/0!	
Septiembre			#¡DIV/0!	
Octubre			#¡DIV/0!	
Noviembre			#¡DIV/0!	
Diciembre			#¡DIV/0!	



MES	Numero de colaboradores con casos positivo de COVID-19	Numero total de colaboradores	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Enero			#¡DIV/0!	
Febrero			#¡DIV/0!	
Marzo			#¡DIV/0!	
Abril			#¡DIV/0!	
Mayo	1	30	3%	En proceso de recuperación.
Junio	6	31	19%	2 recuperados(1 con resultados negativos, 1 con certificado de reintegro laboral). Entre las 31 personas, 2 Sub-contratista
Julio			#¡DIV/0!	
Agosto			#¡DIV/0!	
Septiembre			#¡DIV/0!	
Octubre			#¡DIV/0!	
Noviembre			#¡DIV/0!	
Diciembre			#¡DIV/0!	



MES	Numero de colaboradores con posible caso de COVID-19 por contacto estrecho	Numero total de colaboradores	RESULTADO	ANALISIS DE DATOS
Enero			#¡DIV/0!	
Febrero			#¡DIV/0!	
Marzo			#¡DIV/0!	
Abril			#¡DIV/0!	
Mayo	3	30	10%	
Junio	5	31	16%	Emtre ellos se encuentra la Residente SSTA Interventoría, entregando resultados negativos.
Julio			#¡DIV/0!	
Agosto			#¡DIV/0!	
Septiembre			#¡DIV/0!	
Octubre			#¡DIV/0!	
Noviembre			#¡DIV/0!	
Diciembre			#¡DIV/0!	



ANEXO 19



CONDICIONES DE SALUD

SEDE BOGOTÁ D.C.
OFICINA PRINCIPAL
CRA. 15A # 121-12 OFIC.318
Tel (PBX): 6203317-6203378
Móvil: (57) (1) 316 833 21 19

SEDE TUNJA
BOYACÁ
CRA. 4 #41-40
Barrio Santa Inés
Tel: (57) (8) 7469988

SEDE CHIA
CUNDINAMARCA
AV. Chilacos, CRA 15 #17-128
Barrio Rio Frio
Fijo: (57) (1) 8852535

SEDE PANAMÁ
REP. PANAMA
CLL.56 y 57 Este- OFIC 10H
Obarrio, Sortis BusinessTower
Corregimiento de Bella Vista