INFORME DE INTERVENTORÍA No. 1

COMPONENTE AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO No. 420 DE 2019

"REALIZAR LA INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, CONTABLE, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CONTRATO ERIVADO DEL PROCESO DE LICITACIÓN FDLS-LP-006-2019 PARA EL MANTENIMIENTO DE PARQUES"

PERIODO DEL 3 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE

Fecha:	REALIZO:	REVISO Y VERIFICO:
OCTUBRE 2020.	ING. DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ Residente de seguridad y salud en el trabajo y ambiente de Interventoría	ARQ. HERNANDO DAZA BERRIO Director de Interventoría/ Representante legal

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
1. OBJETIVOS 3
1.1. Objetivo general Ambiental de la Interventoría 3
1.2. Objetivos Específicos de la Interventoría 3
2. COMPONENTE AMBIENTAL 4
3. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 5
4. VALORACION DEL DESEMEPLO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTAL – LISTAS DE CHEQUEO 12
5. CONCLUSIONES 12
6. ANEXOS 13

1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe Mensual Ambiental y de Seguridad y Salud en el trabajo, recopila las actividades de revisión de documentación legal y contractual, del Plan de Manejo ambiental (PIPMA) y del Plan de Gestión de Residuos de Construcción y Demolición, y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST), durante el periodo comprendido entre el 1 de Septiembre del 2020al 30 de Septiembre del 2020, en el proceso de ejecución del Contrato de Obra No. 415 de 2019 "CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASI COMO EL SUMINISTRO E INSTALACION DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALAES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA, QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES".

Durante este periodo la interventoría realizó la revisión documental, seguimiento y verificación en la etapa de **DIAGNOSTICO** de los parques vecinales y/o de bolsillo.

Durante este periodo la interventoría verificó la implementación de las medidas establecidas en el documento entregado PROCOLO DE BIOSEGURIDAD como parte del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO del contratista CONSORCIO PARQUES P99, el cual fue aprobado mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF-012 del 14 de agosto del 2020.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo General de la Interventoría**

El Área Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Interventoría deberá vigilar y hacer seguimiento al cumplimiento de todos los Requerimientos Legales y Contractuales, por parte del Contratista de Obra; comunicar FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA el avance de la gestión documental y técnica (seguimiento, control y verificación) sobre la ejecución e implementación de las medidas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo del proyecto en cada una de sus fases para cada periodo.

- **Objetivos Específicos de la Interventoría**

- Revisión, verificación y/o validación de la documentación presentada por el Contratista respecto a las actividades ejecutadas para el componente ambiental y de seguridad y salud en el trabajo, durante el periodo de reporte para la etapa de DIAGNOSTICO.

- Realizar el seguimiento del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA para la planificación de la Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el trabajo del contratista, en la etapa de diagnóstico del proyecto.
- Identificar e implementar opciones de mejora, para garantizar el desarrollo y cumplimento de los documentos requeridos para la ejecución del contrato en los tiempos establecidos en los pliegos de condiciones contractuales.

3. COMPONENTE AMBIENTAL.

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., realizo las siguientes actividades como parte del componente ambiental, en la etapa de DIAGNOSTICO del proyecto:

a. Avance del contrato:

A. La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF030 del día 22 de septiembre del 2020, remite al contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, las observaciones a los documentos denominados PLAN DE MANEJO AMBIENTAL, radicado con el comunicado 039-04-001-2020 del día 14 de septiembre del 2020 y el PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN, que fue radicado mediante oficio No. 039-04-002-2020 del día 17 de Septiembre de 2020.

B. La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF044 del día 29 de septiembre del 2020, remite al contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, las APROBACIÓN de los documentos denominados PLAN DE MANEJO AMBIENTAL y el PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN, el cual fue radicado mediante los oficios No. 039-04-003-2020 del 24 de septiembre del 2020.

C. La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF045 del día 28 de septiembre del 2020, remite a la entidad FONDO DE DESARROLLO DE SUBA, los documentos denominados PLAN DE MANEJO AMBIENTAL Y PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN, los cuales son insumo para realizar el respectivo trámite ante la SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE, para la obtención del pin ambiental para el proyecto.

b. Implementación de los programas ambientales acorde al PLAN DE MANEJO AMBIENTAL Y PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN:

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 no realizo la implementación de las medidas ambientales establecidas en los planes de manejo, teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no aplica.

c. Problemas encontrados:

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 no realizo actividades de obra, teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no aplica.

d. Soluciones planteadas:

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 no realizo actividades de obra, teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no aplica.

4. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., se permite informar las siguientes actividades implementadas bajo los documentos denominados SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD:

a. Avance del contrato:

Para el periodo de reporte, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., como parte del componente de seguridad y salud en el trabajo, mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF036 del día 22 de septiembre del 2020, remite al contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, las observaciones a los documentos denominados PLAN DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, el cual fue radicado mediante el oficio No. 039-04-001-2020 del día 14 de septiembre del 2020.

El día 29 de septiembre de 2020 el contratista CONSORCIO PARQUES P99 remite respuesta a las observaciones de interventoría por medio del oficio 039-04-004-2020, el día 29 de Septiembre, el cual se encuentra en revisión por parte de ARQUITECTURA URBANA LTDA.

b. Implementación del programa de seguridad y salud en el trabajo (Salud ocupacional):

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, realizo la implementación de las siguientes actividades las cuales se encuentran establecidas en el SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

3.2.1 Matriz de seguridad social y exámenes médicos:

La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que para el periodo de reporte el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, para la etapa de DIAGNOSTICO tuvo el siguiente personal:

N.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	EXAMEN MÉDICO	
								FECHA	APTO/NO APTO
1	CONSORCIO PARQUES P99	LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA	79.554.518	DIRECTOR DE OBRA	SURA	SANITAS	PROTECCIÓN	15-03-2020	APTO
2	CONSORCIO PARQUES P99	OSCAR MAURICIO MAYA ROJAS	1.015.413 086	RESIDENTE DE OBRA	SURA	SANITAS	PORVENIR	20-10-2020	APTO
3	CONSORCIO PARQUES P99	WILMER ANDRES ACOSTA CETINA	7.181.761	RESIDENTE DE OBRA	SURA	COMPENSAR	PORVENIR	31-08-2020	APTO
4	CONSORCIO PARQUES P99	LADY ALEXANDRA ALMANZA CASTILLO	52.880.504	RESIDENTE AMBIENTAL Y SST	SURA	SANITAS	COLPENSIONES	11-12-2019	APTO
5	CONSORCIO PARQUES P99	ANGELA ROCIO PIÑEROS PAREDES	1.018.522.158	RESIDENTE SOCIAL	SIRA	COMPENSAR	PROTECCIÓN	09-03-2020	APTO

Por parte de la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA.. para el periodo de reporte en la etapa de diagnóstico, se tuvo el siguiente personal:

N.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	EXAMEN MÉDICO	
								FECHA	APTO/NO APTO
1	ARQUITECTURA URBANA LTDA	HERNANDO DAZA BERRIO	18.939.069	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	POSITIVA	COMPENSAR	COLPENSIONES	02-12-2019	APTO
2	AURBANA S.A.S	MARIA CAROLINA RUIZ SIERRA	20.739.707	COORDINADORA DE INTERVENTORIA	POSITIVA	SANITAS	COLFONDOS	07-02-2020	APTO
3	ARQUITECTURA URBANA LTDA	FERNANDO AGUIRRE MEDIA	7.182.768	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	POSITIVA	SANITAS	COLPENSIONES	16-05-2020	APTO

N.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	EXAMEN MÉDICO	
								FECHA	APTO/NO APTO
4	AURBANA S.A.S	LUIS ALEJANDRO VALENCIA SOTO	1.003.038.476	INSPECTOR DE INTERVENTORIA	POSITIVA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	03-04-2020	APTO
5	ARQUITECTURA URBANA LTDA	LILIANA CELIS RUIZ	52.386.191	RESIDENTE SOCIAL	POSITIVA	COMPENSAR	COLFONDOS	15-05-2020	APTO
6	ARQUITECTURA URBANA LTDA	DIANA CATHERINE ,MORALES VELASQUEZ	1.026.572.178	RESIDENTE AMBIENTAL Y SST	POSITIVA	FAMISANAR	PORVENIR	12-09-2020	APTO
7	ARQUITECTURA URBANA LTDA	JUAN CARLOS BRICEÑO	79.389.138	INSPECTOR AMBIENTAL Y SST	POSITIVA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	24-02-2020	APTO

3.2.2. Pagos de nómina:

La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que para el periodo de reporte el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, realizo los respectivos pagos de nómina el personal mínimo requerido en los pliegos de condiciones, y de los cuales se tuvo participación en la etapa de DIAGNOSTICO, dichos pagos se presentan en el **Anexo No. 1**

De igual forma, la presente interventoría, presenta los respectivos pagos de nómina del personal mínimo requerido, y de aquellos que hicieron parte de la etapa de DIAGNOSTICO.

3.2.3. Plan de acción para controlar riesgos:

- **Gestión emergencia sanitaria COVID -19 frente a la implementación del PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD en cumplimiento con la normatividad legal vigente (Resolución 666 del 2020, Resolución 129 del 2020 y Resolución 682 del 2020).**

La presente interventoría informa la siguiente trazabilidad frente a la gestión realizada de la emergencia sanitaria COVID-19, realizada en el periodo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020:

La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. frente al requerimiento del Gobierno nacional, realizó en el periodo de reporte, el desarrollo de las actividades de aplicación del PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD de la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA ,como requisito indispensable, para la reactivación económica de la organización en el sector de la construcción (Obra pública), por parte de la profesional de seguridad y salud en el trabajo ingeniera DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ, el inspector de seguridad y salud en el trabajo el administrador JUAN CARLOS BRICEÑO y el director de interventoría HERNANDO DAZA BERRIO. En Las instalaciones de sus oficinas de la Calle 38 No. 8-12 oficina 301 con número de teléfono fijo 7035370. A continuación se relacionen las actividades realizadas por la interventoría:

- Charla diaria a los trabajadores frente a temas de seguridad y salud en el trabajo y COVID-19
- Registro diario de condiciones de salud y toma de temperatura.
- Ejecución de limpieza de las áreas de trabajo, por parte de la persona encargada de servicios generales de la organización.
- Ejecución diaria de pausas activas.
- Registró diario del cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección de los equipos de cómputo.
- Implementación del protocolo de lavado de manos cada tres (3) horas.



Foto No. 1. Se revisó y verificó la ejecución de toma de temperatura, sede OFICINA PRINCIPAL ARQUITECTURA URBANA LTDA.



Foto No. 2. Se revisó y verificó la ejecución del protocolo de lavado de manos, sede OFICINA PRINCIPAL ARQUITECTURA URBANA LTDA.



Foto No. 3. Se revisó y verificó la ejecución de la pausa activa, sede OFICINA PRINCIPAL ARQUITECTURA URBANA LTDA.



Foto No. 4. Se revisó y verificó la ejecución del protocolo de desinfección de áreas, sede OFICINA PRINCIPAL ARQUITECTURA URBANA LTDA.

El CONSORCIO PARQUES P99, realizó en el periodo de primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, el desarrollo de las actividades de ejecución de su PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD como requisito indispensable, la organización en el sector de la construcción (Obra pública), por parte de la profesional de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente ingeniera LADY ALEXANDRA ALMANZA CASTILLO y el ingeniero LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA director de obra, realizó las siguientes actividades teniendo en cuenta que el personal se encuentra en aislamiento preventivo:

- Registro diario de condiciones de salud y toma de temperatura.
- Implementación del protocolo de lavado de manos cada tres (3) horas.
- Desinfección y limpieza de las áreas de la oficina principal.

- Uso de los elementos de protección personal (Tapabocas, guantes de nitrilo y de caucho), por parte del personal administrativo.

3.2.4 Caracterización de accidentalidad e indicadores:

La presente interventoría informa que para el periodo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, por parte del contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, no se tuvo ningún reporte de accidentes de trabajo, razón por la cual se cuenta con los siguientes datos e indicadores frente a la accidentalidad, para la etapa de DIAGNOSTICO:

ITEM	PERIODO	NO. TRABAJADORES	HHT	NO. DE ACCIDENTES	DÍAS PERDIDOS O CARGADOS
1	Primero (1) de Septiembre de 2020 a treinta (30) de Setiembre 2020	5	190	0	0

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	HHT	No. DE ACCIDENTES	DIAS PERDIDOS O CARGADOS	I.F	I.S	I.L.I	I.D.P	TASA
SEPTIEMBRE	5	190	0	0	0	0	0	0	0

HHT: Horas hombre trabajadas (No. trabajadores*días trabajados*horas trabajadas-incapacidades-permisos)
I.F: Índice de frecuencia: (No. de accidentes/HHT) *K
I.S: Índice de severidad: (No. días de perdidos o Días cargados/HHT) *K
I.L.I: Índice de lesiones incapacitantes: IF*IS/1000
K: 200000
I.D.P: Índice Medio de Días Perdidos por Lesiones: No. Total de días perdidos o cargados por lesiones /No. de casos con tiempo perdido

3.2.5 Inspecciones de seguridad:

La presente interventoría informa que para el periodo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, por parte del contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, se realizaron inspecciones de seguridad referente al PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, razón por la cual en el **Anexo No. 2**, se presenta los soportes de las inspecciones realizadas frente al mencionado protocolo.

3.2.6 Listado de maquinarias y equipos:

La presente interventoría informa que para el periodo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, por parte del contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, no realizo la implementación y uso de maquinarias y equipos, teniendo en cuenta que se ejecutó la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no tiene aplicabilidad.

3.2.7. Problemas encontrados:

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 no realizo actividades de obra, teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no aplica.

3.2.8. Soluciones planteadas:

Para el periodo de reporte siendo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, la interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 no realizo actividades de obra, teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en la etapa de DIAGNOSTICO, razón por la cual este ítem no aplica.

4. VALORACION DEL DESEMPEÑO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTAL – LISTAS DE CHEQUEO.

La presente interventoría informa que para el periodo del primero (1) de septiembre al treinta (30) de septiembre del 2020, por parte del contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99, no realizo actividades de ejecución de obra, únicamente se realizaron actividades para la fase de diagnóstico del proyecto, razón por la cual este ítem no tiene aplicabilidad.

5. CONCLUSIONES

- La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., dio cumplimiento al proceso de revisión y verificación documental de los documentos denominados PLAN DE MANEJO AMBIENTAL Y PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN, los cuales fueron APROBADOS mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF044 del día 29 de septiembre del 2020.

- La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa a la entidad FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBAM que el contratista de obra CONSORCIO PARQUES P99 dio cumplimiento a las medidas establecidas en el PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, el cual fue aprobado mediante el oficio No. AU-INTERV-FDLS-420-2019-OF012 del día 15 de agosto del 2020.

- La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que para el periodo de reporte para el proyecto, no se ha generado la apertura del PIN AMBIENTAL por parte de la entidad FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA, razón por la cual se hace necesario realizar dicho trámite antes de dar inicio con la etapa de construcción.

- La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA., informa que para el periodo de reporte para el proyecto, no se ha recibo respuesta por parte de la entidad FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA, frente a los formatos de seguimiento y calificación del componente ambiental y de seguridad y salud en el trabajo.

6. ANEXOS

Anexos del Contratista y la Interventoría.

ANEXOS	NUMERO
Aportes de seguridad social – pagos de nomina	1
Implementación medidas PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	2
Implementación medidas de seguridad y salud en el trabajo	3
Implementación ambiental	4

ANEXO 1.

APORTES DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL – PAGOS DE NOMINA

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2019-03-15

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Promciviles SAS	Actividad económica:	Construccion de otras obras de ingenieria civil
Nombre:	LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA	Documento:	CC 79554518
Fecha de nacimiento:	1971-05-12	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	47 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	CALLE 116 23 06 OFICINA 403	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3002135557	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación	DIRECTOR DE OBRA	EPS:	Sanitas
AFP:	Proteccion	ARL:	Sura
Responsable** :	MARIA PULIDO (HIJA)	Teléfono:	3004411526
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometria:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA con documento de identificación No. 79554518 se considera presenta una alteración en su estado de salud, que no le impide desempeñar su trabajo habitual

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo definido para su alteración del peso por Médico y Nutricionista. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
2. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON SU TENSION ARTERIAL: Su alteración en los niveles de la presión arterial es una enfermedad de origen común que actualmente está en tratamiento controlado y que NO le genera restricciones ocupacionales para la ocupación. Requiere continuar siendo evaluado y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA METABOLICA: Su alteración del peso constituye una enfermedad metabólica de origen común que NO le genera restricciones ocupacionales para el desempeño de las diferentes tareas de la ocupación, pero se requiere que sea evaluada y manejada en la entidad de salud en que este afiliado, para su control y seguimiento. Esto eventualmente pudiera generar dificultades para el desplazamiento en terrenos irregulares y elevados con carga adicional o con necesidad de una movilización rápida, subir por escalas largos tramos o realizar una actividad física intensa por periodos de tiempo prolongado, por lo que esta situación debe ser evaluada de acuerdo a las condiciones especificas en que se desempañar el trabajo, para hacer las adaptaciones necesarias.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

KAROL PIERINA AMAYA CERCHIARO
Médico Cirujano
U.Metropolitana
Res 1476 de 10/02/2010
Esp. Gerencia de la Salud Ocupacional
U. Cooperativa de Colombia
Res. 9789 de 04/06/2014

LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA
Documento: 79554518



Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 97 A No 52 - 31 Bogotá - Colombia PBX: 7457319
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2020-10-20 Hora: 17:19

Cliente:	Razón social contratante:	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Acciones preventivas Notificación de Riesgos	CARGO	Directo Obra.
NOMBRE Luis Orlando Pabón Gonzalez.	CEDULA	79554518.

Descripción:
Notificación de riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal del cargo:

Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol o chaleco. Para trabajos especiales y de alto riesgo como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según la legislación vigente y los requisitos del cliente.

Factores De Riesgo existentes

SI	**Biológicos:** Virus, bacterias, Hongos, Rickelsias, picaduras, mordeduras, fluidos excrementos	SI	**Físicos:** Ruido, iluminación no adecuada, Vibraciones, Disconfort Térmico (calor- frio), Presión atmosférica, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes).
SI	**Químicos:** humos no metálicos, humos metálicos, polvos, fibras, líquidos, vapores, gases, material particulado Manejo de sustancias químicas.	SI	**Psicosocial:** Gestión Organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condición de la tarea, Interface persona – Tarea, Jornada de Trabajo.
SI	**Biomecánico** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacional), esfuerzos, movimientos repetitivos, Manipulación manual de cargas (malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro). Puestos de trabajo inadecuados	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto con herramientas de trabajo (herramienta manual-Equipos menores herramienta eléctrica - herramientas de oficina), cortadas, abrasiones, amputaciones. Lesiones en general.
SI	**Eléctrico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control. Alta tensión conexiones inadecuadas, conexiones fraudulentas.	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Tecnológico:** explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Seguridad vial:** accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y des-acato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Seguridad física:** Robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.	SI	**Natural:** lluvias fuertes, movimientos sísmicos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones.
	Otros:		

Acciones preventivas:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético. audiometría y espirometrometría
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. Recuerde y practique las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas cumplir con la legislación vigente (es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje).
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas

NOTIFICACIÓN AL EXAMEN DE RETIRO: Usted tiene derecho a practicarse su examen de retiro una vez se desvincule del contrato con su empleador directo, el costo del examen esta a cargo de la empresa empleadora. RECUERDE QUE TIENE 5 CINCO DIAS CALENDARIO DESPUES DE ENTREGADA LA ORDEN PARA REALIZARSE EL EXAMEN.

Cedula:	79554518	
Firma Trabajador :		
Fecha:	Sept. / 2020.	
Firma Responsable Socialización:		Huella índice derecho

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901001320	5	PROMCIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PROMCIVILES SAS	AK 19 N° 95-10 OF 605	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047953	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	737298544	9410427528	E	2020/09/04	2020/09/09	BANCOLOMBIA	5	$19,759,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PROMCIVILES SAS (72 Afiliados)																						$35,306,967	$5,649,100			$38,836,967	$1,553,800			$42,732,103	$1,709,800			$38,836,967	$2,000,700		$0	$0		$10,913,700
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (8 Afiliados)																						$10,920,001	$1,747,300			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$57,100		$0	$0		$2,678,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																						$10,920,001	$1,747,300			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$57,100		$0	$0		$2,678,200
1	CC	21192612	MEVEDO ESPEJO YACKELINE																	25-14	30	$1,420,000	$228,800	EPS017	30	$1,420,000	$56,800	CCF22	30	$1,420,000	$57,200	14-11	30	$1,420,000	$7,500	30	$0	$0	SI	$350,700
2	CC	1013044756	CANTOR ZARATE GERMAN MAURICIO																	230201	30	$1,900,000	$304,000	EPS005	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$10,000	30	$0	$0	SI	$466,000
3	CC	52521515	LABRADOR RODRIGUEZ MIRYAM PATRICIA																	25-14	30	$1,880,000	$300,800	EPS017	30	$1,880,000	$75,200	CCF22	30	$1,880,000	$75,200	14-11	30	$1,880,000	$7,900	30	$0	$0	SI	$461,100
4	CC	1032453831	MEJIA DAZA VIVIAN POCIO																	231001	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
5	CC	1032412672	QUEMBA CORCHUELO ROBERTH HOBRAYAN																	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$40,000	CCF22	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	$5,300	30	$0	$0	SI	$245,300
6	CC	1010188093	RINCON ALVARADO ANA CECILIA																	231001	30	$900,000	$144,000	EPS001	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$4,200	30	$0	$0	SI	$220,200
7	CC	1022952451	SANCHEZ ROJAS LORENA																	25-14	28	$821,334	$131,500	EPS001	28	$821,334	$32,900	CCF22	28	$821,334	$32,900	14-11	28	$821,334	$4,300	28	$0	$0	SI	$201,600
8	CC	1022952451	SANCHEZ ROJAS LORENA								X									25-14	2	$58,667	$9,400	EPS001	2	$58,667	$2,400	CCF22	2	$58,667	$2,400	14-11	2	$58,667	$100	2	$0	$0	SI	$14,200
9	CC	80352940	ZORNOSA LOPEZ OSCAR EMILIO																	230201	30	$930,000	$148,800	EPS005	30	$930,000	$37,200	CCF22	30	$930,000	$37,200	14-11	30	$930,000	$4,900	30	$0	$0	SI	$228,100
Centro de Trabajo: IBAGUE (6 Afiliados)																						$14,211,951	$2,324,000			$14,211,951	$568,600			$18,044,865	$722,100			$14,211,951	$989,400		$0	$0		$4,604,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																						$14,211,951	$2,324,000			$14,211,951	$568,600			$18,044,865	$722,100			$14,211,951	$989,400		$0	$0		$4,604,100
10	CC	19449277	AFRICANO CHAVES CARLOS ALBERTO																X	230301	28	$828,617	$132,600	EPS001	28	$828,617	$33,200	CCF22	28	$1,578,684	$63,200	14-11	28	$828,617	$57,700	28	$0	$0	SI	$286,700
11	CC	51795437	HERNANDEZ CAMERO HILDA MERCEDES		X														X	231001	30	$1,050,000	$168,000	CCFC1	20	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,462,704	$58,600	14-11	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0	SI	$341,700
12	CC	80882096	SAEZ TORRES FREDY YESID		X														X	231001	28	$2,100,000	$336,000	EPS001	28	$2,100,000	$84,000	CCF22	28	$2,978,115	$119,200	14-11	28	$2,100,000	$146,200	28	$0	$0	SI	$685,400
13	CC	1105682421	PORTELA CARDENAS CAMILO ANDRES																	230301	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF22	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	$153,700	30	$0	$0	SI	$681,200
14	CC	79554518	PULIDO GARCIA LUIS ORLANDO																	230201	30	$5,000,000	$850,000	EPS001	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0	SI	$1,598,000
15	CC	13991350	SOLANILLA ANTIA DIEGO FERNANDO		X														X	230301	28	$3,033,334	$485,400	EPS001	28	$3,033,334	$121,400	CCF22	28	$4,825,348	$193,100	14-11	28	$3,033,334	$211,200	28	$0	$0	SI	$1,011,100
Centro de Trabajo: OBRA (8 Afiliados)																						$10,175,015	$1,628,100			$13,705,015	$548,300			$13,767,237	$550,800			$13,705,015	$954,200		$0	$0		$3,681,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																						$10,175,015	$1,628,100			$13,705,015	$548,300			$13,767,237	$550,800			$13,705,015	$954,200		$0	$0		$3,681,400
16	CC	1010708893	BAEZ SANABRIA INGRID CATHERINE																	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS001	30	$1,400,000	$56,000	CCF22	30	$1,400,000	$56,000	14-11	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0	SI	$433,500
17	CC	1033710837	CONTRERAS RODRIGUEZ LUIS EDUARDO										X							231001	30	$1,935,015	$309,700	EPS017	30	$1,935,015	$77,500	CCF22	30	$1,935,015	$77,500	14-11	30	$1,935,015	$134,700	30	$0	$0	SI	$599,400
18	CC	79261296	LUYO JIMENEZ JOSE LUIS																		0	$0	$0	EPS001	30	$3,530,000	$141,200	CCF22	30	$3,530,000	$141,200	14-11	30	$3,530,000	$245,700	30	$0	$0	SI	$528,100
19	CC	1030659629	LABRADOR PIZA ANGIE TATIANA																	25-14	30	$1,430,000	$228,800	EPS017	30	$1,430,000	$57,200	CCF22	30	$1,430,000	$57,200	14-11	30	$1,430,000	$99,600	30	$0	$0	SI	$442,800
20	CC	1015413086	SILVA ROJAS OSCAR MAURICIO																	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS001	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	SI	$619,200
21	CC	79640127	NEIRA NINO JAIRO																	231001	30	$1,310,000	$209,600	EPS008	30	$1,310,000	$52,400	CCF22	30	$1,310,000	$52,400	14-11	30	$1,310,000	$91,200	30	$0	$0	SI	$405,600
22	CC	52461922	ROMERO FAJARDO MONICA MARCELA																	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$56,000	CCF22	30	$1,400,000	$56,000	14-11	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0	SI	$433,500
23	CC	1014788286	FABOGAL ORTIZ NAYIBE ALEJANDRA		X														X	231001	15	$700,000	$112,000	EPS005	15	$700,000	$28,000	CCF22	15	$762,227	$30,500	14-11	15	$700,000	$48,800	15	$0	$0	SI	$219,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

aportes en línea

Planilla Resumen

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IBAGUE (6 Afiliados)						$8,050,220	$1,288,800			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
Centro de Trabajo: IBAGUE (6 Afiliados)						$8,050,220	$1,288,800			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (6 Afiliados)						$8,050,220	$1,288,800			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
24 CC	1105614354	ALZATE AREVALO ERIKA ANDREA	X Y X	230301	28	$1,285,365	$205,700	EPS002	28	$1,285,365	$51,400	CCF50	28	$2,008,907	$80,400	14-11	28	$1,285,365	$89,500	28	$0	$0	Si	$427,100
25 CC	1105684935	AQUITE QUIMBAYO LAURA CAROLINA	X Y X	25-14	8	$421,875	$67,500	EPS008	8	$421,875	$16,900	CCF50	8	$542,708	$21,800	14-11	8	$421,875	$29,400	8	$0	$0	Si	$135,600
26 CC	1110529562	PAMPLONA ACEVEDO LADY ALEXANDRA	X X	230301	28	$2,128,438	$340,500	EPS005	28	$2,128,438	$85,200	CCF50	28	$2,023,855	$121,000	14-11	28	$2,128,438	$148,200	28	$0	$0	Si	$695,000
27 CC	1110551159	PARRA LEGUIZAMO CAROL VANESSA	X X	230301	28	$1,999,792	$320,000	EPS005	28	$1,999,792	$80,000	CCF50	28	$2,573,750	$101,000	14-11	28	$1,999,792	$139,200	28	$0	$0	Si	$642,200
28 CC	1006130337	RIVERA PEREZ IDERLEY	X X	25-14	6	$176,000	$28,200	EPS002	6	$176,000	$7,100	CCF50	6	$359,333	$14,400	14-11	6	$176,000	$12,300	6	$0	$0	Si	$62,000
29 CC	11222919	SANABRIA OYOLA FRANDY RUBIEL	X X	15-14	28	$2,038,750	$326,200	EPS037	28	$2,038,750	$81,600	CCF50	28	$2,923,472	$117,000	14-11	28	$2,038,750	$141,900	28	$0	$0	Si	$666,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BUCARAMANGA (2 Afiliados)						$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
Centro de Trabajo: BUCARAMANGA (2 Afiliados)						$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (2 Afiliados)						$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
30 CC	1098796638	MORENO APARICIO MARIA CAMILA		230301	30	$900,000	$144,000	EPS015	30	$900,000	$36,000	CCF40	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	Si	$278,700
31 CC	91268917	REY ECHEVERRIA JAIRO MAURICIO	X	25-14	15	$1,250,000	$200,000	EPS005	15	$1,250,000	$50,000	CCF40	15	$1,250,000	$50,000	14-11	15	$1,250,000	$87,000	15	$0	$0	Si	$387,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PUENTE ARANDA (8 Afiliados)						$17,512,178	$2,883,000			$17,512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17,512,178	$1,217,100		$0	$0		$5,501,300
Centro de Trabajo: PUENTE ARANDA (8 Afiliados)						$17,512,178	$2,883,000			$17 512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17,512,178	$1,217,100		$0	$0		$5,501,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)						$17,512,178	$2,883,000			$17 512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17 512,178	$1,217 100		$0	$0		$5,501,300
32 CC	74921229	ACERO ESCOBAR LUIS CARLOS RAMIRO ERALFO		230301	30	$4,500,000	$765,000	EPS018	30	$4,500,000	$180,000	CCF22	30	$4,500,000	$180,000	14-11	30	$4,500,000	$313,200	30	$0	$0	Si	$1,438,200
33 CC	52880504	ALMANZA CASTILLO LADY ALEXANDRA		25-14	30	$2,050,000	$328,000	EPS005	30	$2,050,000	$82,000	CCF22	30	$2,050,000	$82,000	14-11	30	$2,050,000	$142,700	30	$0	$0	Si	$634,700
34 CC	87942663	GARCES OSCAR ALEXANDER	X	230301	30	$930,417	$148,900	EPS037	30	$930,417	$37,300	CCF22	30	$930,417	$37,300	14-11	30	$930,417	$64,800	30	$0	$0	Si	$288,300
35 CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE		230901	30	$880,000	$140,800	EPS005	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
36 CC	1018422158	PIÑEROS PAREDES ANGELA ROCIO		230201	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$96,000	CCF22	30	$2,400,000	$96,000	14-11	30	$2,400,000	$167,100	30	$0	$0	Si	$743,100
37 CC	1014301341	RIOS GARZON JUAN CAMILO	X	230301	29	$1,222,500	$195,600	EPS018	29	$1,222,500	$48,900	CCF22	29	$1,222,500	$48,900	14-11	29	$1,222,500	$85,100	29	$0	$0	Si	$378,500
38 CC	1014301341	RIOS GARZON JUAN CAMILO	X	230301	1	$29,261	$4,700	EPS018	1	$29,261	$1,200	CCF22	1	$29,260	$1,200	14-11	1	$29,261	$0	1	$0	$0	Si	$7,100
39 CC	11224818	ROJAS ROJAS JAVIER FERNANDO		230301	30	$3,600,000	$612,000	EPS017	30	$3,600,000	$144,000	CCF22	30	$3,600,000	$144,000	14-11	30	$3,600,000	$250,600	30	$0	$0	Si	$1,150,600
40 CC	1032361056	VALENCIA BARRIGA NIDIA		230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS005	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$133,300	30	$0	$0	Si	$588,300
Total	Afiliados(38)					$63,019,365	$10,214,600			$66,549,365	$2,662,700			$73,826,301	$2,954,000			$66,549,365	$3,938,000		$0	$0		$19,759,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901001320	5	PROMCIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PROMCIVILES SAS	AK 19 N 95-10 OF 505	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047953	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	737298544	9410477578	E	2020/09/04	2020/09/09	BANCOLOMBIA	5	$19,759,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				37	$10,214,600	$0	$0	$10,214,600
COLFONDOS	23-1001	800,227,940	6	7	$1,599,300	$0	$0	$1,599,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$1,849,200	$0	$0	$1,849,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$4,938,500	$0	$0	$4,938,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$1,686,800	$0	$0	$1,686,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$140,800	$0	$0	$140,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$3,928,000	$0	$0	$3,928,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	38	$3,928,000	$0	$0	$3,928,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				38	$2,954,000	$0	$0	$2,954,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	30	$2,410,400	$0	$0	$2,410,400
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	2	$86,000	$0	$0	$86,000
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	6	$457,600	$0	$0	$457,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				38	$2,662,700	$0	$0	$2,662,700
COMFACUNDI	CCFC53	860,045,904	7	1	$42,000	$0	$0	$42,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$412,900	$0	$0	$412,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	2	$216,000	$0	$0	$216,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$50,100	$0	$0	$50,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$353,900	$0	$0	$353,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$176,100	$0	$0	$176,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$142,600	$0	$0	$142,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	16	$1,269,100	$0	$0	$1,269,100
TOTAL				38	$19,759,300	$0	$0	$19,759,300

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2020-08-31

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Promoviles SAS	Actividad económica:	Construccion de otras obras de ingenieria civil
Nombre:	WILMER ANDRES ACOSTA CETINA	Documento:	CC 7181761
Fecha de nacimiento:	1982-05-20	Lugar de nacimiento:	SORA (BOYACA)
Edad:	38 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	CRA 109 N 7-35	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3118267609	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	RESIDENTE DE OBRA	EPS:	Compensar
Responsable** :	JOHANA (ESPOSA)	Teléfono:	3114676723
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a WILMER ANDRES ACOSTA CETINA con documento de identificación No. 7181761 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de RESIDENTE DE OBRA del sector económico Construccion de otras obras de ingenieria civil

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

ENCUESTA RESPIRATORIA EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS:
Encuesta de síntomas respiratorios: Negativa para síntomas relacionados en la encuesta realizada.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Ligia Mercedes Caballero Moreno
Medico Cirujano
Universidad Industrial de Santander
Resolucion 1847 de 21/02/2002
Esp. Salud Ocupacional
Universidad Manuela Beltran
Resolucion 14745

WILMER ANDRES ACOSTA CETINA
Documento: 7181761

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 38 #15 - 53 Cerca a la estación Transmilenio Avenida 39. Bogotá - Colombia PBX: 745 42 88
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2020-10-20 Hora: 17:20

Cliente:	Razón social contratante:	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Acciones preventivas Notificación de Riesgos	CARGO	Residente Obra
NOMBRE Wilmer Andres Acosta Colina	CEDULA	7181761

Descripción:
Notificación de riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal del cargo:

Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol o chaleco. Para trabajos especiales y de alto riesgo como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según la legislación vigente y los requisitos del cliente.

Factores De Riesgo existentes

SI	**Biológicos:** Virus, bacterias, Hongos, Rickelsias, picaduras, mordeduras. fluidos excrementos.	SI	**Físicos:** Ruido, iluminación no adecuada, Vibraciones, Disconfort Térmico (calor- frio), Presión atmosférica, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes).
SI	**Químicos:** humos no metálicos, humos metálicos, polvos, fibras, líquidos, vapores, gases, material particulado. Manejo de sustancias químicas.	SI	**Psicosocial:** Gestión Organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condición de la tarea. Interface persona – Tarea, Jornada de Trabajo.
SI	**Biomecánico:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacional). esfuerzos, movimientos repetitivos, Manipulación manual de cargas (malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro). Puestos de trabajo inadecuados	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto con herramientas de trabajo (herramienta manual-Equipos menores herramienta eléctrica – herramientas de oficina), cortadas, abrasiones, amputaciones. Lesiones en general.
SI	**Eléctrico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control. Alta tensión conexiones inadecuadas, conexiones fraudulentas.	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Tecnológico:** explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Seguridad vial:** accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y des-acato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Seguridad física:** Robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.	SI	Natural: lluvias fuertes, movimientos sísmicos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones.
	Otros:		

Acciones preventivas:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. Recuerde y practique las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este alento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas cumplir con la legislación vigente (es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje)
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energia, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las areas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas

NOTIFICACIÓN AL EXAMEN DE RETIRO: Usted tiene derecho a practicarse su examen de retiro una vez se desvincule del contrato con su empleador directo, el costo del examen esta a cargo de la empresa empleadora RECUERDE QUE TIENE 5 CINCO DIAS CALENDARIO DESPUES DE ENTREGADA LA ORDEN PARA REALIZARSE EL EXAMEN.	Cedula:	7181761
	Firma Trabajador :	
	Fecha:	Sept. 2020
	Firma Responsable Socialización:	

Huella índice derecho

ARL | SURA

Medellín, 31 de agosto de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO PAROUET 5 P99 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo	000000001 PRINCIPAL DC	Clase	5	Porcentaje Cotización	6,96 %
1071317[illegible]01	ACOSTA CELINA WILMER ANDRES	06/08/2020		82061582	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/08/2020 17:26:45
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.184.81.34, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps

Tipo de Identificación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Los ítems sombreados solo se diligencian cuando se trate de Traslado entre EPS)

1 Tipo de Trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades

2 Tipo de Afiliado: A. Cotizante | B. Beneficiario o afiliado adicional | C. Cotizante estatal de Familia

3 Ubicación: A. Urbano | B. Rural

4 Régimen: A. Contributivo | B. Subsidiado

5 Tipo de afiliado: A. Cotizante | B. Beneficiario | C. Adicional

6 Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

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

6 Apellidos y nombres

7 Tipo de documento de identidad | 8 Número de documento de identidad | 9 Sexo: Femenino Masculino | 10 Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

11 Etnia | 12 Discapacidad: Tipo Condición | 13 Puntaje SISBEN | 14 Grupo de población especial | 15 Administradora de riesgos laborales - ARL | 16 Administradora de pensiones

17 Ingreso base de cotización - IBC | 18 Residencia: Zona Urbana Rural

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

19 Apellidos y nombres

20 Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo Femenino Masculino | 23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres				25 Tipo de documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo F M
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Pol.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de Identificación

37. Número de documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
   Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad:
    A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado:
    A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de Identidad | Número de documento de Identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del [illegible]

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como [illegible]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

58 Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant TI Cant CC Cant SC Cant Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

56. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

62. Documento en que conste la [illegible] de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres.

63 Copia de la autorización de vacunación suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

64 Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la afiliación de oficio.

01 SEP 2020

Cód 635 RUDY MONTERO SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

67. Datos del SISBÉN
Número de la ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realizó la validación

Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

Tipo de documento de identidad

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO SUPERSALUD

VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
solo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

WILMER ANDRES ACOSTA CETINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.181.761**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2020-10-20

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Promotora Puga LTDA	Actividad económica	Construccion de otras obras de ingenieria civil
Nombre:	OSCAR MAURICIO MAYA ROJAS	Documento:	CC 1015413086
Fecha de nacimiento:	1989-07-24	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	31 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	KR 23 187 A 60	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3203406028	Escolaridad:	Estudios posgrado
Ocupación:	COORDINADOR DE PROYECTOS	EPS:	Sanitas
AFP:	Porvenir	ARL:	Sura
Responsable**:	OSCAR MAYA (PADRE)	Teléfono:	3102435136
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a OSCAR MAURICIO MAYA ROJAS con documento de identificación No. 1015413086 se considera es satisfactoria su condición de salud para el desempeño de su trabajo habitual
PRESENTA /

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL

OBSERVACIONES FINALES

Resultado encuesta COVID 19: Negativa.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en la Circular 30 de 2020, en su numeral 4.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Maya Rodriguez

MARIA AUXILIADORA RODRÍGUEZ PÉREZ
MEDICO
Corp. Uni. Rafael Nuñez
Res. 250501 de 07/02/2011
Esp. en gerencia en seguridad y salud en el trabajo
Res. 25704 del 24/02/2017

OSCAR MAURICIO MAYA ROJAS
Documento: 1015413086

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera. entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 161A No 20 - 12 Bogota - Colombia PBX: 743 08 17
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2020-10-20 Hora: 17:17

Cliente:	Razón social contratante:	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Acciones preventivas Notificación de Riesgos	CARGO	Residente obra
NOMBRE Oscar Mauricio Maya Rojas	CEDULA	1015 413086.

Descripción:
Notificación de riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal del cargo:

Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol o chaleco. Para trabajos especiales y de alto riesgo como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según la legislación vigente y los requisitos del cliente.

Factores De Riesgo existentes

SI	**Biológicos:** Virus, bacterias, Hongos, Ricketsias, picaduras, mordeduras, fluidos excrementos.	SI	**Físicos** Ruido, iluminación no adecuada, Vibraciones. Disconfort Térmico (calor- frio), Presión atmosférica, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes).
SI	**Químicos:** humos no metálicos humos metálicos, polvos, fibras, liquidos, vapores, gases, material particulado. Manejo de sustancias químicas.	SI	**Psicosocial:** Gestión Organizacional. Caracteristicas de la organización del trabajo, Caracteristicas del grupo social de trabajo, Condición de la tarea, Interface persona – Tarea, Jornada de Trabajo.
SI	**Biomecánico.** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacional), esfuerzos, movimientos repetitivos, Manipulación manual de cargas (malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro). Puestos de trabajo inadecuados	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto con herramientas de trabajo (herramienta manual-Equipos menores herramienta eléctrica -- herramientas de oficina), cortadas, abrasiones, amputaciones. Lesiones en general.
SI	**Eléctrico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control. Alta tensión conexiones inadecuadas, conexiones fraudulentas.	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Tecnológico:** explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Seguridad vial:** accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y des-acato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Seguridad física:** Robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.	SI	**Natural:** lluvias fuertes, movimientos sísmicos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones.
	Otros:		

Acciones preventivas:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. Recuerde y practique las normas de seguridad de prevencion y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas cumplir con la legislación vigente (es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las lineas de vida o puntos de anclaje).
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas

NOTIFICACIÓN AL EXAMEN DE RETIRO: Usted tiene derecho a practicarse su examen de retiro una vez se desvincule del contrato con su empleador directo, el costo del examen esta a cargo de la empresa empleadora. RECUERDE QUE TIENE 5 CINCO DIAS CALENDARIO DESPUES DE ENTREGADA LA ORDEN PARA REALIZARSE EL EXAMEN.

Cedula:	1015 413086.
Firma Trabajador :	
Fecha:	Sep 1 2020
Firma Responsable Socialización:	

Huella índice derecho

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830024796	9	PROMOTORA PUGA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AK 19 118 30 OF 407	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4327903	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	15762487	9410673595	E	2020/09/22	2020/09/23	BANCOLOMBIA	1	$22,118,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)						$6,996,000	$1,119,400			$6,996,000	$279,900			$6,996,000	$167,520			$6,996,000	$30,900		$0	$0		$1,786,700
Centro de Trabajo: 0.52200 (3 Afiliados)						$5,896,000	$943,400			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$30,900			$5,896,000	$30,900		$0	$0		$1,446,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$5,896,000	$943,400			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$30,900			$5,896,000	$30,900		$0	$0		$1,446,100
1	CC	52960551	FERNANDEZ RIVERA JUANA MARCELA	230301	30	$1,400,000	$304,000	EPS001	30	$1,900,000	$76,000	CCF27	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$10,000	30	$0	$0	SI	$466,000
2	CC	52521515	LABRADOR RODRIGUEZ MIRYAM PATRICIA	25-14	30	$2,240,000	$358,400	EPS017	30	$2,240,000	$89,600	CCF22	30	$2,240,000	$89,600	14-11	30	$2,240,000	$11,700	30	$0	$0	SI	$549,300
3	CC	1014280491	PELAEZ MEDINA AURA	230201	30	$1,756,000	$281,000	EPS001	30	$1,756,000	$70,300	CCF27	30	$1,756,000	$70,300	14-11	30	$1,756,000	$9,200	30	$0	$0	SI	$430,800
Centro de Trabajo: OBRA (1 Afiliados)						$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$76,600		$0	$0		$340,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$76,600		$0	$0		$340,600
4	CC	79490921	MARTINEZ FONSECA JOSE LUIS	230301	30	$1,100,000	$176,000	EPS001	30	$1,100,000	$44,000	CCF32	30	$1,100,000	$44,000	14-11	30	$1,100,000	$76,600	30	$0	$0	SI	$340,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA CIVIL (34 Afiliados)						$44,849,324	$10,518,000			$43,999,324	$2,640,700			$44,099,350	$2,644,700			$43,999,324	$4,527,900		$0	$0		$20,331,300

Centro de Trabajo: IDU (34 Afiliados)											$64,549,328	$10,518,000			$65,999,328	$2,640,700			$66,099,350	$2,644,700			$65,999,328	$4,527,900		$0	$0		$20,331,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (34 Afiliados)											$64,549,328	$10,518,000			$65,999,228	$2,640,700			$66,099,350	$2,644,700			$65,999,228	$4,527,900		$0	$0		$20,331,300
5	CC	81717357	ADRADA AHUMADA JUAN CAMILO						230301	30	$3,100,000	$496,000	EPS009	30	$3,100,000	$124,000	CCF22	30	$3,100,000	$124,000	14-11	30	$3,100,000	$215,800	30	$0	$0	Si	$959,800
6	CC	52880504	ALMANZA CASTILLO LADY ALEXANDRA						25-14	30	$2,050,000	$328,000	EPS005	30	$2,050,000	$82,000	CCF22	30	$2,050,000	$87,300	14-11	30	$2,050,000	$142,700	30	$0	$0	Si	$634,700
7	CC	79742051	AREVALO DIAZ HERNAN			X			25-14	30	$2,877,652	$460,500	EPS005	30	$2,877,652	$115,200	CCF22	30	$2,877,652	$115,200	14-11	30	$2,877,652	$200,300	30	$0	$0	Si	$891,200
8	CC	79510760	BAQUERO DUARTE PEDRO WILLIAM			X			25-14	30	$1,796,160	$287,400	EPS044	30	$1,796,160	$71,900	CCF22	30	$1,796,160	$71,900	14-11	30	$1,796,160	$125,100	30	$0	$0	Si	$556,300
9	CC	19442554	BARRERA LAVERDE RAFAEL ALFONSO						230201	30	$900,000	$144,000	EPS005	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	Si	$278,700
10	CC	1003614187	BETANCOURT SUÑIGA BRAYAN			X			230301	30	$984,402	$157,600	ESSC91	30	$984,402	$39,400	CCF22	30	$984,402	$39,400	14-11	30	$984,402	$68,600	30	$0	$0	Si	$305,000
11	CC	1023952747	BRICEÑO MACHADO ANGELICA MARIA			X			230301	30	$1,489,833	$238,400	EPS005	30	$1,489,833	$59,600	CCF22	30	$1,489,833	$59,600	14-11	30	$1,489,833	$103,700	30	$0	$0	Si	$461,300
12	CC	1031133299	COBOS MUÑOZ LEONARDO						230201	15	$880,000	$140,800	EPS002	15	$880,000	$35,200	CCF22	15	$880,000	$35,200	14-11	15	$880,000	$61,300	15	$0	$0	Si	$272,500
13	CC	1031133299	COBOS MUÑOZ LEONARDO						230201	15	$880,000	$140,800	EPS002	15	$880,000	$35,200	CCF22	15	$880,000	$35,200	14-11	15	$880,000	$0	15	$0	$0	Si	$211,200
14	CC	86006818	FRANCO MARTINEZ NEYAR DE JESUS						25-14	30	$880,000	$140,800	EPS017	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
15	CC	13705959	FRANCO VARGAS VITALIANO						230201	30	$880,000	$140,800	EPS010	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
16	CC	79756111	GARCIA POSADA ANDRES ALBERTO						230301	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$96,000	CCF22	30	$2,400,000	$96,000	14-11	30	$2,400,000	$167,100	30	$0	$0	Si	$743,100
17	CC	80779619	GONZALEZ POVEDA JOSE UBALDO			X			230301	30	$1,058,750	$169,400	EPS005	30	$1,058,750	$42,400	CCF22	30	$1,058,750	$42,400	14-11	30	$1,058,750	$73,700	30	$0	$0	Si	$327,900
18	CC	1072193324	GONZALEZ ZULUAGA JULIAN CAMILO	X		X			230201	13	$801,848	$128,300	EPS003	13	$801,848	$32,100	CCF22	13	$801,848	$32,100	14-11	13	$801,848	$55,900	13	$0	$0	Si	$248,400
19	CC	51634022	GUTIERREZ ORTIZ HERMELINDA						25-14	30	$950,000	$152,000	EPS017	30	$950,000	$38,000	CCF22	30	$950,000	$38,000	14-11	30	$950,000	$66,200	30	$0	$0	Si	$294,200
20	CC	36292134	LOPEZ AGUILERA LILIANA SULAY			X			25-14	30	$1,987,120	$318,000	EPS008	30	$1,987,120	$79,500	CCF22	30	$1,987,120	$79,500	14-11	30	$1,987,120	$138,400	30	$0	$0	Si	$615,400
21	CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE						230901	30	$880,000	$140,800	EPS005	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
22	CC	1072466708	LUNA LUNA JUAN CAMILO						25-14	30	$3,100,000	$496,000	EPS005	30	$3,100,000	$124,000	CCF22	30	$3,100,000	$124,000	14-11	30	$3,100,000	$215,800	30	$0	$0	Si	$959,800
23	CC	1015413086	MAYA ROJAS OSCAR MAURICIO						230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
24	CC	1019055093	MORA RODRIGUEZ JHONATTAN						230301	30	$2,100,000	$336,000	EPS005	30	$2,100,000	$84,000	CCF22	30	$2,100,000	$84,000	14-11	30	$2,100,000	$146,200	30	$0	$0	Si	$650,200
25	CC	1019128962	MORA PEÑALOZA YNGRID PATRICIA						230901	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
26	CC	79814715	MURIEL RESTREPO WILLINGTON ALI			X			230301	30	$2,101,271	$336,300	EPS002	30	$2,101,271	$84,100	CCF22	30	$2,101,271	$84,100	14-11	30	$2,101,271	$146,300	30	$0	$0	Si	$650,800
27	CC	79686555	NUÑEZ FORERO PEDRO NEL						230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$48,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-11	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0	Si	$371,600
28	CC	16583880	OROZCO GARCIA DIEGO ORLANDO							0	$0	$0	EPS017	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,050,000	$42,000	14-11	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0	Si	$157,100
29	CC	65514597	OROZCO VARGAS LUZ ZORA			X			230301	30	$916,667	$146,700	EPS017	30	$916,667	$36,700	CCF22	30	$916,667	$36,700	14-11	30	$916,667	$63,900	30	$0	$0	Si	$284,000
30	CC	1020808734	OSPINA RODRIGUEZ SEBASTIAN			X			230301	30	$3,744,667	$636,[illegible]	EPS017	30	$3,744,667	$149,800	CCF22	30	$3,744,667	$149,800	14-11	30	$3,744,667	$260,700	30	$0	$0	Si	$1,197,100
31	CC	80182534	PINZON ARIAS OSCAR FERNANDO			X			231001	30	$1,889,535	$302,400	EPS017	30	$1,889,535	$75,600	CCF22	30	$1,889,535	$75,600	14-11	30	$1,889,535	$131,600	30	$0	$0	Si	$585,200
32	CC	79657470	PRIETO BARBOSA LUIS ARMANDO						230301	30	$900,000	$144,000	EPS017	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	Si	$278,700
33	CC	79554518	PULIDO GARCIA LUIS ORLANDO						230201	30	$8,778,000	$1,492,300	EPS005	30	$8,778,000	$351,200	CCF22	30	$8,778,000	$351,200	14-11	30	$8,778,000	$611,000	30	$0	$0	Si	$2,805,700
34	CC	1014218056	RODRIGUEZ REY LUZ ANGELA						231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
35	CC	1023028089	ROMERO ROMERO SERGIO			X			230301	30	$1,006,042	$161,000	EPS034	30	$1,006,042	$40,300	CCF22	30	$1,006,042	$40,300	14-11	30	$1,006,042	$70,100	30	$0	$0	Si	$311,700
36	CC	52269174	TORRES CAMARGO OLGA LUCIA						231001	30	$3,500,000	$560,000	EP[illegible]	30	$3,500,000	$140,000	CCF22	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
37	CC	1019113220	URBANO MONTENEGRO CRISTIAN CAMILO		X	X		X	25-14	27	$842,41[illegible]	$134,[illegible]	EPS005	27	$842,41[illegible]	$33,700	CCF22	27	$842,435	$37,700	14-11	27	$842,41[illegible]	$58,700	27	$0	$0	Si	$264,900
38	CC	1019113220	URBANO MONTENEGRO CRISTIAN CAMILO				X		25-14	3	$87,781	$14,100	EPS005	3	$87,781	$3,600	CCF22	3	$87,781	$3,600	14-11	3	$87,781	$0	3	$0	$0	Si	$21,300
39	CC	1022986878	VILLALBA BAQUERO WILMER GUSTAVO			X			230301	30	$1,040,417	$166,500	EPS034	30	$1,040,417	$41,700	CCF22	30	$1,040,417	$41,700	14-11	30	$1,040,417	$72,500	30	$0	$0	Si	$322,400
40	CC	79643529	VILLAMIL ACEVEDO JUAN MANUEL			X			25-14	30	$2,446,767	$391,500	EPS005	30	$2,446,767	$97,900	CCF22	30	$2,446,767	$97,900	14-11	30	$2,446,767	$170,300	30	$0	$0	Si	$757,600

aportes en línea

Planilla Resumen

Total	Afiliados(38)			$71,945,329	$11,637,400			$72,995,329	$2,920,600		$73,095,350	$2,924,600			$72,995,329	$4,635,400		$0	$0		$22,118,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830024796	0	PROMOTORA PUGA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AK 19 118 30 OF 407	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4327909	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	15762487	9410678595	E	2020/09/22	2020/09/23	BANCOLOMBIA	1	$22,118,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				37	$11,637,400	$0	$0	$11,637,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$1,262,400	$0	$0	$1,262,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$3,081,500	$0	$0	$3,081,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$4,364,700	$0	$0	$4,364,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$2,468,000	$0	$0	$2,468,000
SKANDIA	230901	860,253,055	2	2	$460,800	$0	$0	$460,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$4,635,400	$0	$0	$4,635,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	38	$4,635,400	$0	$0	$4,635,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$2,924,600	$0	$0	$2,924,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	38	$2,924,600	$0	$0	$2,924,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				38	$2,920,600	$0	$0	$2,920,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$44,000	$0	$0	$44,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$82,000	$0	$0	$82,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	7	$557,500	$0	$0	$557,500
EPS ECOOPSOS S.A.S	ESSC91	901,093,846	0	1	$39,400	$0	$0	$39,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$35,200	$0	$0	$35,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	8	$502,900	$0	$0	$502,900
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$71,900	$0	$0	$71,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$324,800	$0	$0	$324,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$1,262,900	$0	$0	$1,262,900
TOTAL				38	$22,118,000	$0	$0	$22,118,000

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2019-12-11

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Promotora Puga LTDA	Actividad económica:	Construccion de otras obras de ingenieria civil
Nombre:	LADY ALEXANDRA ALMANZA CASTILLO	Documento:	CC 52880504
Fecha de nacimiento:	1981-02-05	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	38 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CL 1 H 31 B 09	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3134170228	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	RESIDENTE SISOMA	EPS:	Sanitas
AFP:	Colpensiones	ARL:	Sura
Responsable**:	MARIA OLGA CASTILLO (MADRE)	Teléfono:	3214193952
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LADY ALEXANDRA ALMANZA CASTILLO con documento de identificación No. 52880504 se considera es satisfactoria su condición de salud para el desempeño de su trabajo habitual

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar la actualización de la fórmula de corrección de los lentes en entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL

OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL HEMATOLÓGICO: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemoleucograma: Dentro de valores limites normales; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Indice der

CRISTIAN ALFONSO DIAZ ESPINOSA
Medico Cirujano
U. El Bosque
Res 1925 de 02/11/2010
Esp en Salud Ocupacional
U. El Bosque
Res 25-1437 de 2017

LADY ALEXANDRA ALMANZA CASTILLO
Documento: 52880504

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 161A No 20 - 12 Bogota - Colombia PBX: 743 08 17
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2020-10-20 Hora: 17:21

Cliente:	Razón social contratante:	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Acciones preventivas Notificación de Riesgos	CARGO	Residente SSMA
NOMBRE Lady Alexandra Almanza Castillo	CEDULA	52.850.504.

Descripción:
Notificación de riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal del cargo:

Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol o chaleco. Para trabajos especiales y de alto riesgo como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según la legislación vigente y los requisitos del cliente.

Factores De Riesgo existentes

SI	**Biológicos:** Virus, bacterias, Hongos, Ricketsias, picaduras, mordeduras fluidos excrementos	SI	**Físicos**: Ruido, iluminación no adecuada, Vibraciones, Disconfort Térmico (calor- frio), Presión atmosférica, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)
SI	**Químicos:** humos no metálicos, humos metálicos, polvos, fibras, líquidos, vapores, gases, material particulado. Manejo de sustancias químicas	SI	**Psicosocial:** Gestión Organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condición de la tarea, Interface persona – Tarea, Jornada de Trabajo.
SI	**Biomecánico:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacional), esfuerzos, movimientos repetitivos, Manipulación manual de cargas (malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro). Puestos de trabajo inadecuados	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto con herramientas de trabajo (herramienta manual-Equipos menores herramienta eléctrica – herramientas de oficina), cortadas, abrasiones, amputaciones. Lesiones en general.
SI	**Eléctrico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control. Alta tensión conexiones inadecuadas, conexiones fraudulentas.	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Tecnológico:** explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Seguridad vial:** accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y des-acato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Seguridad física:** Robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.	SI	Natural: lluvias fuertes, movimientos sísmicos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones
	Otros:		

Acciones preventivas:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. Recuerde y practique las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas cumplir con la legislación vigente (es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las lineas de vida o puntos de anclaje).
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas

NOTIFICACIÓN AL EXAMEN DE RETIRO: Usted tiene derecho a practicarse su examen de retiro una vez se desvincule del contrato con su empleador directo, el costo del examen esta a cargo de la empresa empleadora. RECUERDE QUE TIENE 5 CINCO DIAS CALENDARIO DESPUES DE ENTREGADA LA ORDEN PARA REALIZARSE EL EXAMEN.

Cedula:	52.850.504.
Firma Trabajador :	
Fecha:	Sept / 2020
Firma Responsable Socialización:	

Huella índice derecho

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830024796	5	PROMOTORA PUGA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AK 19 118 30 OF 407	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4327903	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	15762487	94106785 95	E	2020/09/22	2020/09/23	BANCOLOMBIA		$22,118,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)							$6,996,000	$1,119,400			$6,996,000	$279,900			$6,996,000	$279,900			$6,996,000	$10,500		$0	$0		$1,786,700
Centro de Trabajo: 0.52200 (3 Afiliados)							$5,896,000	$943,400			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$30,900		$0	$0		$1,446,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)							$5,896,000	$943,400			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$235,900			$5,896,000	$30,900		$0	$0		$1,446,100
1	CC	52960551	FERNANDEZ RIVERA JUANA MARCELA		230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS005	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$10,300	30	$0	$0	SI	$466,000
2	CC	52571515	ABRADOR RODRIGUEZ MIRYAM PATRICIA		230301	30	$2,240,000	$358,400	EPS017	30	$2,240,000	$89,600	CCF22	30	$2,240,000	$89,600	14-11	30	$2,240,000	$11,700	30	$0	$0	SI	$549,300
3	CC	1014280491	VELANDIA MEDINA LAURA		230301	30	$1,756,000	$281,000	EPS002	30	$1,756,000	$70,300	CCF22	30	$1,756,000	$70,300	14-11	30	$1,756,000	$9,200	30	$0	$0	SI	$430,800
Centro de Trabajo: OBRA (1 Afiliados)							$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$76,600		$0	$0		$340,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$76,600		$0	$0		$340,600
4	CC	79490921	MARTINEZ FONSECA JOSE LUIS		230301	30	$1,100,000	$176,000	EPS001	30	$1,100,000	$44,000	CCF22	30	$1,100,000	$44,000	14-11	30	$1,100,000	$76,600	30	$0	$0	SI	$340,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OBRA CIVIL (34 Afiliados)						$64,999,324	$10,399,900			$64,999,324	$2,600,000			$64,999,350	$2,644,700			$64,999,324	$4,527,900		$0	$0		$20,171,500

2020-09-22 06:13 PM

Planilla Resumen

aportes en línea

No.	Tipo	Documento	Nombre	Novedades	Pensión código	Días	IBC pensión	Aporte pensión	Salud código	Días	IBC salud	Aporte salud	CCF código	Días	IBC CCF	Aporte CCF	Riesgo	Días	IBC riesgo	Aporte riesgo	Días	SENA	ICBF	Exonerado	Total
Centro de Trabajo: IDU (34 Afiliados)							$64,949,328	$10,518,000			$65,999,328	$2,640,700			$66,099,350	$2,644,700			$65,999,328	$4,527,900		$0	$0		$20,331,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (34 Afiliados)							$64,949,328	$10,518,000			$65,999,328	$2,640,700			$66,099,350	$2,644,700			$65,999,328	$4,527,900		$0	$0		$20,331,300
[illegible]	CC	81717357	ADRADA AHUMADA JUAN CAMILO		230301	30	$3,100,000	$496,000	EPS008	10	$3,100,000	$124,000	CCF22	30	$3,100,000	$124,000	14-11	30	$3,100,000	$215,800	30	$0	$0	Si	$959,800
6	CC	52830504	ALMANZA CASTILLO LADY ALEXANDRA		25-14	30	$2,050,000	$328,000	EPS00	30	$2,050,000	$82,000	CCF22	30	$2,050,000	$82,000	14-11	30	$2,050,000	$142,700	30	$0	$0	Si	$634,700
[illegible]	CC	79742051	AREVALO DIAZ HERNAN	X	25-14	30	$2,877,652	$460,000	EPS007	30	$2,877,652	$115,200	CCF22	30	$2,877,652	$115,200	14-11	30	$2,877,652	$200,300	30	$0	$0	Si	$891,200
8	CC	79510760	BAQUERO DUARTE PEDRO WILLIAM	X	25-14	30	$1,796,160	$287,400	EPS044	30	$1,796,160	$71,900	CCF22	30	$1,796,160	$71,900	14-11	30	$1,796,160	$125,100	30	$0	$0	Si	$556,300
9	CC	19462556	BARRERA LAVERDE RAFAEL ALFONSO		230201	30	$900,000	$144,000	EPS008	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	Si	$275,700
10	CC	1003614187	BETANCOURT SUNIGA BRAYAN	X	230201	30	$984,402	$157,500	EPS001	30	$984,402	$39,400	CCF22	30	$984,402	$39,400	14-11	30	$984,402	$68,600	30	$0	$0	Si	$305,000
11	CC	1023952747	BRICEÑO MACHADO ANGELICA MARIA	X	230301	30	$1,489,833	$238,400	EPS002	30	$1,489,833	$59,600	CCF22	30	$1,489,833	$59,600	14-11	30	$1,489,833	$103,700	30	$0	$0	Si	$461,300
12	CC	1031133299	COBOS MUÑOZ LEONARDO		230201	15	$880,000	$140,800	EPS002	15	$880,000	$35,200	CCF22	15	$880,000	$35,200	14-11	15	$880,000	$61,300	15	$0	$0	Si	$272,500
13	CC	1031133299	COBOS MUÑOZ LEONARDO	L	230201	15	$880,000	$140,800	EPS002	15	$880,000	$35,200	CCF22	15	$880,000	$35,200	14-11	15	$880,000	$0	15	$0	$0	Si	$211,200
14	CC	86006818	FRANCO MARTINEZ MEYAR DE JESUS		25-14	30	$880,000	$140,800	EPS017	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
15	CC	13705959	FRANCO VARGAS VITALIANO		230201	30	$880,000	$140,800	EPS017	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
16	CC	79756111	GARCIA POSADA ANDRES ALBERTO		230301	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$96,000	CCF22	30	$2,400,000	$96,000	14-11	30	$2,400,000	$167,100	30	$0	$0	Si	$743,100
17	CC	80779619	GONZALEZ POVEDA JOSE UBALDO	X	230301	30	$1,058,750	$169,400	EPS005	30	$1,058,750	$42,400	CCF22	30	$1,058,750	$42,400	14-11	30	$1,058,750	$73,700	30	$0	$0	Si	$327,900
18	CC	1072193324	GONZALEZ ZULUAGA JULIAN CAMILO	Y X	230201	13	$801,840	$128,300	EPS003	13	$801,840	$32,100	CCF22	13	$801,840	$32,100	14-11	13	$801,840	$55,900	13	$0	$0	Si	$248,400
19	CC	51634022	GUTIERREZ ORTIZ HERMELINDA		25-14	30	$950,000	$152,000	EPS017	30	$950,000	$38,000	CCF22	30	$950,000	$38,000	14-11	30	$950,000	$66,200	30	$0	$0	Si	$294,200
20	CC	36292134	LOPEZ AGUILERA LILIANA SULAY	X	25-14	30	$1,987,120	$318,000	EPS008	30	$1,987,120	$79,500	CCF22	30	$1,987,120	$79,500	14-11	30	$1,987,120	$138,400	30	$0	$0	Si	$615,400
21	CC	80411279	LOZANO MORA RAUL ENRIQUE		230901	30	$880,000	$140,800	EPS002	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	Si	$272,500
22	CC	1072466708	LUNA LUNA JUAN CAMILO		25-14	30	$3,100,000	$496,000	EPS005	30	$3,100,000	$124,000	CCF22	30	$3,100,000	$124,000	14-11	30	$3,100,000	$215,800	30	$0	$0	Si	$959,800
23	CC	1015413086	MAYA ROJAS OSCAR MAURICIO		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
24	CC	1019055093	MORA RODRIGUEZ JHONATTAN		230301	30	$2,100,000	$336,000	EPS005	30	$2,100,000	$84,000	CCF22	30	$2,100,000	$84,000	14-11	30	$2,100,000	$146,200	30	$0	$0	Si	$650,200
25	CC	1019128962	MORA PEÑALOZA YNGRID PATRICIA		230901	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
26	CC	79814715	MURIEL RESTREPO WILLINGTON ALI	X	230301	30	$2,101,271	$336,200	EPS002	30	$2,101,271	$84,100	CCF22	30	$2,101,271	$84,100	14-11	30	$2,101,271	$146,300	30	$0	$0	Si	$650,800
27	CC	79686555	NUÑEZ FORERO PEDRO NEL		230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS002	30	$1,200,000	$48,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-11	30	$1,200,000	$83,600	30	$0	$0	Si	$371,600
28	CC	16583880	OROZCO GARCIA DIEGO ORLANDO			0	$0	$0	EPS017	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,050,000	$42,000	14-11	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0	Si	$157,100
29	CC	65814592	OROZCO VARGAS LUZ ZORA	X	230301	30	$916,667	$146,700	EPS017	30	$916,667	$36,700	CCF22	30	$916,667	$36,700	14-11	30	$916,667	$63,900	30	$0	$0	Si	$284,000
30	CC	1020808234	OSPINA RODRIGUEZ SEBASTIAN	X	230301	30	$3,744,667	$636,800	EPS017	30	$3,744,667	$149,800	CCF22	30	$3,744,667	$149,800	14-11	30	$3,744,667	$260,700	30	$0	$0	Si	$1,197,100
31	CC	80182534	PINZON ARIAS OSCAR FERNANDO	X	231001	30	$1,889,535	$302,400	EPS017	30	$1,889,535	$75,600	CCF22	30	$1,889,535	$75,600	14-11	30	$1,889,535	$131,600	30	$0	$0	Si	$585,200
32	CC	79652470	PRIETO BARBOSA LUIS ARMANDO		230301	30	$900,000	$144,000	EPS017	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	Si	$278,700
33	CC	79554518	PULIDO GARCIA LUIS ORLANDO		230201	30	$8,778,000	$1,492,300	EPS005	30	$8,778,000	$351,200	CCF22	30	$8,778,000	$351,200	14-11	30	$8,778,000	$611,000	30	$0	$0	Si	$2,805,700
34	CC	1014218056	RODRIGUEZ REY LUZ ANGELA		231001	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF22	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
35	CC	1023028089	ROMERO ROMERO SERGIO	X	230301	30	$1,006,042	$161,000	EPS034	30	$1,006,042	$40,300	CCF22	30	$1,006,042	$40,300	14-11	30	$1,006,042	$70,100	30	$0	$0	Si	$311,700
36	CC	52269174	TORRES CAMARGO OLGA LUCIA		231001	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF22	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
37	CC	1019113220	URBANO MONTENEGRO CRISTIAN CAMILO	X X X	25-14	27	$842,416	$134,800	EPS005	27	$842,416	$33,700	CCF22	27	$942,432	$37,700	14-11	27	$842,416	$58,700	27	$0	$0	Si	$264,900
38	CC	1019113220	URBANO MONTENEGRO CRISTIAN CAMILO	K	25-14	3	$87,781	$14,100	EPS005	3	$87,781	$3,600	CCF22	3	$87,781	$3,600	14-11	3	$87,781	$0	3	$0	$0	Si	$21,300
39	CC	1022986878	VILLALBA BAQUERO WILMER GUSTAVO	X	230201	30	$1,040,417	$166,500	EPS024	30	$1,040,417	$41,700	CCF22	30	$1,040,417	$41,700	14-11	30	$1,040,417	$72,500	30	$0	$0	Si	$322,400
40	CC	79543029	VILLAMIL ACEVEDO JUAN MANUEL	X	25-14	30	$2,446,767	$391,500	EPS008	30	$2,446,767	$97,900	CCF22	30	$2,446,767	$97,900	14-11	30	$2,446,767	$170,300	30	$0	$0	Si	$757,600

aportes en línea

Planilla Resumen

Total	Afiliados(38)																					
		$71,945,328	$11,637,400		$72,945,328	$2,920,600		$73,045,354	$2,924,600		$72,945,328	$4,635,400		$0		$22,118,000					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830024796	9	PROMOTORA PUGA LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	AK 19 118 30 OF 407	BOGOTA-BOGOTA D.E	4227903	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	15762487	9410678595	E	2020/09/22	2020/09/23	BANCOLOMBIA	1	$22,118,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				37	$11,637,400	$0	$0	$11,637,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$1,262,400	$0	$0	$1,262,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$3,081,500	$0	$0	$3,081,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$4,364,700	$0	$0	$4,364,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$2,468,000	$0	$0	$2,468,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	2	$460,800	$0	$0	$460,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$4,635,400	$0	$0	$4,635,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	38	$4,635,400	$0	$0	$4,635,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$2,924,600	$0	$0	$2,924,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	38	$2,924,600	$0	$0	$2,924,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				38	$2,920,600	$0	$0	$2,920,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$44,000	$0	$0	$44,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$82,000	$0	$0	$82,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	7	$557,500	$0	$0	$557,500
EPS ECOOPSOS S.A.S	ESSC91	901,093,846	0	1	$39,400	$0	$0	$39,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$35,200	$0	$0	$35,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	8	$502,900	$0	$0	$502,900
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$71,900	$0	$0	$71,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$324,800	$0	$0	$324,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$1,262,900	$0	$0	$1,262,900
TOTAL				38	$22,118,000	$0	$0	$22,118,000

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2020-03-09

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Promciviles SAS	Actividad económica:	Construccion de otras obras de ingenieria civil
Nombre:	ANGELA ROCIO PIÑEROS PAREDES	Documento:	CC 1018422158
Fecha de nacimiento:	1989-01-03	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	31 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CL 151 N. 109 A 54	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3016062008	Escolaridad:	Estudios_posgrado
Ocupación:	RESIDENTE SOCIAL	EPS:	Compensar
Responsable**:	CARLOS BETANCOURT (ESPOSO)	Teléfono:	3042504149
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría:	Su capacidad auditiva está disminuida, pero puede exponerse a ruido, con el uso permanente de la protección adecuada y el seguimiento necesario.
Espirometría computarizada:	Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANGELA ROCIO PIÑEROS PAREDES con documento de identificación No. 1018422158 se considera presenta una alteración en su estado de salud, que no le impide desempeñar su trabajo habitual

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo para su patología osteomuscular a nivel de hombro izquierdo. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

2. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología tiroidea de origen común. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

ROBERTO CARLOS NORIEGA CONRADO
Medico
U. Simon Bolivar
Res. 18 000489 del 06/09/2013
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Indice der

ANGELA ROCIO PIÑEROS PAREDES
Documento: 1018422158

Escanee el código si desea verificar datos

U. Manuela Beltran
Res. 13907 del 22/11/2017

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 97 A No 52 - 31 Bogotá - Colombia **PBX: 7457319**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2020-10-20 Hora: 17:21

Cliente:	Razón social contratante:	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Acciones preventivas Notificación de Riesgos	CARGO	Residente Social
NOMBRE Angela Rocio Piñeros Paredes	CEDULA	1018422158

Descripción:
Notificación de riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal del cargo:

Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol o chaleco. Para trabajos especiales y de alto riesgo como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según la legislación vigente y los requisitos del cliente.

Factores De Riesgo existentes

SI	**Biológicos:** Virus, bacterias, Hongos, Ricketsias, picaduras, mordeduras fluidos excrementos.	SI	**Físicos:** Ruido, iluminación no adecuada, Vibraciones, Disconfort Térmico (calor- frio), Presión atmosférica, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes).
SI	**Químicos:** humos no metálicos, humos metálicos, polvos, fibras, líquidos, vapores, gases, material particulado. Manejo de sustancias químicas.	SI	**Psicosocial:** Gestión Organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condición de la tarea, Interface persona – Tarea, Jornada de Trabajo.
SI	**Biomecánico:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacional), esfuerzos, movimientos repetitivos, Manipulación manual de cargas (malas posturas para hacer levantamientos de cargas levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro). Puestos de trabajo inadecuados	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto con herramientas de trabajo (herramienta manual-Equipos menores herramienta eléctrica – herramientas de oficina), cortadas, abrasiones, amputaciones. Lesiones en general.
SI	**Eléctrico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control. Alta tensión conexiones inadecuadas, conexiones fraudulentas.	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Tecnológico:** explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Seguridad vial:** accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y des-acato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Seguridad física:** Robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.	SI	**Natural:** lluvias fuertes, movimientos sísmicos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones.
	Otros:		

Acciones preventivas:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. Recuerde y practique las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas cumplir con la legislación vigente (es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje).
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas

NOTIFICACIÓN AL EXAMEN DE RETIRO: Usted tiene derecho a practicarse su examen de retiro una vez se desvincule del contrato con su empleador directo, el costo del examen esta a cargo de la empresa empleadora. RECUERDE QUE TIENE 5 CINCO DIAS CALENDARIO DESPUES DE ENTREGADA LA ORDEN PARA REALIZARSE EL EXAMEN	Cedula:	1018422158
	Firma Trabajador :	Angela Rocio Piñeros
	Fecha:	Sept./2020
	Firma Responsable Socialización:	Huella índice derecho

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901001320	5	PROMCIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PROMCIVILES SAS	AK 19 Nº 95-10 OF 605	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047953	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	737298544	9416427528	E	2020/09/04	2020/09/09	BANCOLOMBIA	5	$19,759,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PROMCIVILES SAS (22 Afiliados)																					$10,394,967	$1,559,400			$10,834,967	$1,583,800			$12,732,100	$1,709,800			$10,834,967	$2,000,700		$0	$0		$10,983,700
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (8 Afiliados)																					$10,920,001	$1,747,300			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$557,100		$0	$0		$2,678,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																					$10,920,001	$1,747,300			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$436,900			$10,920,001	$557,100		$0	$0		$2,678,200
1	CC	21182612	ACEVEDO ESPEJO YACKELINE																25-14	30	$1,400,000	$228,800	EPS017	30	$1,400,000	$57,200	CCF22	30	$1,400,000	$57,200	14-11	30	$1,400,000	$7,500	30	$0	$0	SI	$350,700
2	CC	1013644756	CANTOR ZARATE GERMAN MAURICIO																230201	30	$1,900,000	$304,000	EPS005	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$10,000	30	$0	$0	SI	$466,500
3	CC	52521515	LABRADOR RODRIGUEZ MIRYAM PATRICIA																25-14	30	$1,880,000	$300,800	EPS017	30	$1,880,000	$75,200	CCF22	30	$1,880,000	$75,200	14-11	30	$1,880,000	$9,900	30	$0	$0	SI	$461,100
4	CC	1022453831	MEJIA DAZA VIVIAN ROCIO																230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
5	CC	1032412812	QUEMBA CORCHUELO ROBERTH HOBRAYAN																230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$40,000	CCF22	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	$5,300	30	$0	$0	SI	$245,300
6	CC	1010188093	PINCON ALVARADO ANA CECILIA																231001	30	$900,000	$144,000	EPS008	30	$900,000	$36,000	CCF22	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$4,700	30	$0	$0	SI	$220,700
7	CC	1023952401	SANCHEZ ROJAS LORENA																25-14	28	$821,334	$131,500	EPS008	28	$821,334	$32,900	CCF22	28	$821,334	$32,900	14-11	28	$821,334	$4,300	28	$0	$0	SI	$201,600
8	CC	1023952401	SANCHEZ ROJAS LORENA															X	25-14	2	$58,667	$9,400	EPS008	2	$58,667	$2,400	CCF22	2	$58,667	$2,400	14-11	2	$58,667	$0	2	$0	$0	SI	$14,200
9	CC	80252940	CORNOSA LOPEZ OSCAR EMILIO																230201	30	$930,000	$148,800	EPS005	30	$930,000	$37,200	CCF22	30	$930,000	$37,200	14-11	30	$930,000	$4,900	30	$0	$0	SI	$228,100
Centro de Trabajo: IBAGUE (6 Afiliados)																					$14,211,951	$2,324,000			$14,211,951	$568,600			$18,044,865	$722,100			$14,211,951	$989,400		$0	$0		$4,604,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																					$14,211,951	$2,324,000			$14,211,951	$568,600			$18,044,865	$722,100			$14,211,951	$989,400		$0	$0		$4,604,100
10	CC	19492977	AFRICANO CHAVES CARLOS ALBERTO	X														X	230301	28	$828,617	$132,600	EPS008	28	$828,617	$33,200	CCF22	28	$1,578,684	$63,200	14-11	28	$828,617	$57,700	28	$0	$0	SI	$286,700
11	CC	51795437	HERNANDEZ CAMERO HILDA MERCEDES	X														X	231001	30	$1,050,000	$168,000	CCFC53	30	$1,050,000	$42,000	CCF22	30	$1,462,708	$58,600	14-11	30	$1,050,000	$71,100	30	$0	$0	SI	$341,700
12	CC	80682096	PAEZ TORRES FREDY YESID	X														X	231001	28	$2,100,000	$336,000	EPS002	28	$2,100,000	$84,000	CCF22	28	$2,978,121	$119,200	14-11	28	$2,100,000	$146,200	28	$0	$0	SI	$685,400
13	CC	1105682421	PORTELA CARDENAS CAMILO ANDRES																230201	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF22	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	$153,200	30	$0	$0	SI	$681,200
14	CC	79554518	PULIDO GARCIA LUIS ORLANDO																230201	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0	SI	$1,598,000
15	CC	13991350	SOLANILLA ANTIA DIEGO FERNANDO	X														X	230301	28	$3,033,334	$485,400	EPS005	28	$3,033,334	$121,400	CCF22	28	$4,625,340	$193,100	14-11	28	$3,033,334	$211,200	28	$0	$0	SI	$811,100
Centro de Trabajo: OBRA (8 Afiliados)																					$10,175,015	$1,628,100			$13,705,015	$548,300			$13,767,237	$550,800			$13,705,015	$954,200		$0	$0		$3,681,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																					$10,175,015	$1,628,100			$13,705,015	$548,300			$13,767,237	$550,800			$13,705,015	$954,200		$0	$0		$3,681,400
16	CC	1010208893	PAEZ SANABRIA INGRID CATHERINE																230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$56,000	CCF22	30	$1,400,000	$56,000	14-11	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0	SI	$433,500
17	CC	1011710837	CONTRERAS RODRIGUEZ LUIS EDUARDO										X						231001	30	$1,935,015	$309,700	EPS041	30	$1,935,015	$77,500	CCF22	30	$1,935,015	$77,500	14-11	30	$1,935,015	$134,700	30	$0	$0	SI	$599,400
18	CC	19261296	JUYO UMBARILA JOSE LUIS																	0	$0	$0	EPS005	30	$3,530,000	$141,200	CCF22	30	$3,530,000	$141,200	14-11	30	$3,530,000	$245,700	30	$0	$0	SI	$528,100
19	CC	1030659629	LABRADOR PIZA ANGIE TATIANA																25-14	30	$1,430,000	$228,800	EPS017	30	$1,430,000	$57,200	CCF22	30	$1,430,000	$57,200	14-11	30	$1,430,000	$99,600	30	$0	$0	SI	$442,800
20	CC	1015413086	MAYA ROJAS OSCAR MAURICIO																230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	SI	$619,200
21	CC	79640127	NEIRA NIÑO JAIRO																231001	30	$1,310,000	$209,600	EPS008	30	$1,310,000	$52,400	CCF22	30	$1,310,000	$52,400	14-11	30	$1,310,000	$91,200	30	$0	$0	SI	$405,600
22	CC	52461922	ROMERO FAJARDO MONICA MARCELA																230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$56,000	CCF22	30	$1,400,000	$56,000	14-11	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0	SI	$433,500
23	CC	1014288286	SABOGAL ORTIZ NAYIBE ALEJANDRA	X														X	231001	15	$700,000	$112,000	EPS008	15	$700,000	$28,000	CCF22	15	$761,222	$30,500	14-11	15	$700,000	$48,800	15	$0	$0	SI	$219,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

aportes en línea

Planilla Resumen

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IBAGUE (6 Afiliados)																					$8,050,220	$1,288,200			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
Centro de Trabajo: IBAGUE (6 Afiliados)																					$8,050,220	$1,288,200			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (6 Afiliados)																					$8,050,220	$1,288,200			$8,050,220	$322,300			$11,432,025	$457,600			$8,050,220	$560,500		$0	$0		$2,628,600
24	CC	1105614354	ALZATE AREVALO ERIKA ANDREA								X							X	230301	28	$1,285,365	$205,700	EPS002	28	$1,285,365	$51,500	CCF50	28	$2,008,907	$80,400	14-11	28	$1,285,365	$89,500	28	$0	$0	SI	$427,100
25	CC	1105684935	AQUITE QUIMBAYO LAURA CAROLINA								X							X	25-14	8	$421,875	$67,500	EPS002	8	$421,875	$16,900	CCF50	8	$542,708	$21,800	14-11	8	$421,875	$29,400	8	$0	$0	SI	$135,600
26	CC	1110529562	PAMPLONA ACEVEDO LADY ALEXANDRA								X							X	230301	28	$2,128,438	$340,600	EPS001	28	$2,128,438	$85,200	CCF01	28	$3,023,859	$121,000	14-11	28	$2,128,438	$148,200	28	$0	$0	SI	$695,000
27	CC	1110551159	PARRA LEGUIZAMO CAROL VANESSA								X							X	230301	28	$1,999,792	$320,000	EPS005	28	$1,999,792	$80,000	CCF50	28	$2,573,750	$103,000	14-11	28	$1,999,792	$139,200	28	$0	$0	SI	$642,200
28	CC	1006130337	RIVERA PEREZ FIDERLEY															X	25-14	6	$176,000	$28,200	EPS002	6	$176,000	$7,100	CCF50	6	$359,333	$14,400	14-11	6	$176,000	$12,300	6	$0	$0	SI	$62,000
29	CC	11222919	LANABRIA OYOLA FRANDY RUBIEL								X							X	25-14	28	$2,038,750	$326,200	EPS037	28	$2,038,750	$81,600	CCF50	28	$2,923,472	$117,000	14-11	28	$2,038,750	$141,900	28	$0	$0	SI	$666,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BUCARAMANGA (2 Afiliados)																					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
Centro de Trabajo: BUCARAMANGA (2 Afiliados)																					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (2 Afiliados)																					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$86,000			$2,150,000	$149,700		$0	$0		$665,700
30	CC	1098796638	MORENO APARICIO MARIA CAMILA																230301	30	$900,000	$144,000	EPS016	30	$900,000	$36,000	CCF40	30	$900,000	$36,000	14-11	30	$900,000	$62,700	30	$0	$0	SI	$278,700
31	CC	91268917	REY ECHEVERRIA JAIRO MAURICIO		X														25-14	15	$1,250,000	$200,000	EPS005	15	$1,250,000	$50,000	CCF41	15	$1,250,000	$50,000	14-11	15	$1,250,000	$87,000	15	$0	$0	SI	$387,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CTO PUENTE ARANDA (8 Afiliados)																					$17,512,178	$2,883,000			$17,512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17,512,178	$1,217,100		$0	$0		$5,501,300
Centro de Trabajo: PUENTE ARANDA (8 Afiliados)																					$17,512,178	$2,883,000			$17,512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17,512,178	$1,217,100		$0	$0		$5,501,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																					$17,512,178	$2,883,000			$17,512,178	$700,600			$17,512,177	$700,600			$17,512,178	$1,217,100		$0	$0		$5,501,300
32	CC	79521229	ACERO ESCOBAR LUIS CARLOS PAMPO ERALFO																230301	30	$4,500,000	$765,000	EPS016	30	$4,500,000	$180,000	CCF22	30	$4,500,000	$180,000	14-11	30	$4,500,000	$313,200	30	$0	$0	SI	$1,438,200
33	CC	52880504	ALMANZA CASTILLO LADY ALEXANDRA																25-14	30	$2,050,000	$328,000	EPS005	30	$2,050,000	$82,000	CCF22	30	$2,050,000	$82,000	14-11	30	$2,050,000	$142,700	30	$0	$0	SI	$654,700
34	CC	87942663	GARCES OSCAR ALEXANDER								X								230301	30	$930,417	$148,900	EPS037	30	$930,417	$37,300	CCF22	30	$930,417	$37,300	14-11	30	$930,417	$64,800	30	$0	$0	SI	$288,300
35	CC	80411279	LOZANO MOFA RAUL ENRIQUE																230301	30	$880,000	$140,800	EPS005	30	$880,000	$35,200	CCF22	30	$880,000	$35,200	14-11	30	$880,000	$61,300	30	$0	$0	SI	$272,500
36	CC	1018422158	PIÑEROS PAREDES ANGELA ROCIO																230201	30	$2,400,000	$384,000	EPS041	30	$2,400,000	$96,000	CCF22	30	$2,400,000	$96,000	14-11	30	$2,400,000	$167,100	30	$0	$0	SI	$743,100
37	CC	1014301341	RIOS GARZON JUAN CAMILO								X								230301	29	$1,222,500	$195,600	EPS011	29	$1,222,500	$48,900	CCF22	29	$1,222,500	$48,900	14-11	29	$1,222,500	$85,100	29	$0	$0	SI	$378,500
38	CC	1014301341	RIOS GARZON JUAN CAMILO														X		230301	1	$29,261	$4,700	EPS011	1	$29,261	$1,200	CCF22	1	$29,260	$1,200	14-11	1	$29,261	$0	1	$0	$0	SI	$5,900
39	CC	11224818	ROJAS ROJAS JAVIER FERNANDO																230301	30	$3,600,000	$612,000	EPS017	30	$3,600,000	$144,000	CCF22	30	$3,600,000	$144,000	14-11	30	$3,600,000	$250,600	30	$0	$0	SI	$1,150,600
40	CC	1032361056	VALENCIA BARRIGA NIDIA																230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS010	30	$1,900,000	$76,000	CCF22	30	$1,900,000	$76,000	14-11	30	$1,900,000	$132,300	30	$0	$0	SI	$588,300
Total		**Afiliados(38)**																			$63,019,365	$10,214,600			$66,549,365	$2,662,700			$73,826,305	$2,954,000			$66,549,365	$3,928,000		$0	$0		$19,759,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901001320	5	PROMCIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PROMCIVILES SAS	AK 19 N° 95-10 OF 605	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7047953	S.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-09	737298544	9410427528	E	2020/09/04	2020/09/09	BANCOLOMBIA	5	$19,759,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				37	$10,214,600	$0	$0	$10,214,600
COLFONDOS	23l001	800.227.940	6	7	$1,599,300	$0	$0	$1,599,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$1,849,200	$0	$0	$1,849,200
PORVENIR	230301	800.224.808	8	16	$4,938,500	$0	$0	$4,938,500
PROTECCION	230201	800.229.739	0	4	$1,686,800	$0	$0	$1,686,800
SKANDIA	230901	800.253.055	2	1	$140,800	$0	$0	$140,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				38	$3,928,000	$0	$0	$3,928,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	38	$3,928,000	$0	$0	$3,928,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				38	$2,954,000	$0	$0	$2,954,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	30	$2,410,400	$0	$0	$2,410,400
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	2	$86,000	$0	$0	$86,000
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	6	$457,600	$0	$0	$457,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				38	$2,662,700	$0	$0	$2,662,700
COMFACUNDI	CCFC53	860,045,904	7	1	$42,000	$0	$0	$42,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	8	$412,900	$0	$0	$412,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	2	$216,000	$0	$0	$216,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$50,100	$0	$0	$50,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$353,900	$0	$0	$353,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$176,100	$0	$0	$176,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$142,600	$0	$0	$142,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	16	$1,269,100	$0	$0	$1,269,100
TOTAL				38	$19,759,300	$0	$0	$19,759,300

2020/09/10 02:09 PM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	901029778
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL 19 B 12 OFICINA 501	TELEFONO	7035370
TIPO APORTANTE	11 EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Construcción de edificios no residenciales
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICA		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7767212411	TIPO DE PLANILLA	E
PERIODO COTIZACIÓN	MES septiembre AÑO 2025	PERIODO LIQUIDACION SALUD	MES octubre AÑO 2025
DIAS DE MORA			
FECHA PAGO		NUMERO AUTORIZACION	7647142...

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTE	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTE	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 940,500	$ 0	$ 940,500
230901	230901 PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 928,000	$ 0	$ 928,000
230901	230901-COLFONDOS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 476,000	$ 0	$ 476,000
230901	230901- PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100,000	$ 0	$ 100,000
SUBTOTALES									**$ 2,444,500**	**$ 0**	**$ 2,444,500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	LIQUIDACIÓN VALOR	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTE	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS001	EPS001 ALIANSALUD S	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 611,200	$ 0	$ 0	$ 611,200
EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
EPS008	EPS008 COMFENSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
EPS005	EPS005-SANITAS S A	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES.								**$ 611,200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 611,200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTE	INCAPACIDAD IRP AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	APORTES OTROS RIESGOS	PLANILLA	MORA COTIZACIÓN	TOTALES APORTE	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14 23	14 23-POSITIVA COMPAÑIA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 363,300	$ 0	$ 0	$ 363,300
SUBTOTALES:								**$ 363,300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 363,300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTE	TOTALES APORTE	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24 COMPENSAR	1	$ 611,200	$ 0	$ 611,200
SUBTOTALES.			**$ 611,200**	**$ 0**	**$ 611,200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	TIPO DE AFILIADO	EXTRANJERO	DEPENDENCIA TRIBUTARIA	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN APORTE VOLUNTARIO EMPLEADOR	PENSIÓN APORTE VOLUNTARIO COTIZANTE	PENSIÓN APORTE SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTE SUBSISTENCIA	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	SEGURIDAD SOCIAL TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN MORA	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	APORTE	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1030638476	VALENTINA [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		SI			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 940,500	[illegible]		$ 0	$ 0	[illegible]		$ 0	$ 0	$ 940,500	$ 877,800	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1033849624	CARLOS [illegible]	14	[illegible]	$ 4,000,000	[illegible]	SI	230901 COLFONDOS	$ 4,000,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 928,000	[illegible]	$ 4,000,000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 4,000,000	$ 92,000	$ 928,000	$ 867,100	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1033617286	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2,400,000	[illegible]	SI	230901 PROTECCION	$ 2,400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240,000	[illegible]	$ 2,400,000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 2,400,000	$ 60,000	$ 300,000	$ 240,000	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 123,456,7	BARBERO [illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1,400,000	[illegible]		25-14 COLPENSIONES	$ 1,400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 560,000	[illegible]	$ 1,400,000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 1,400,000	$ 140,000	$ 560,000	$ 140,000	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 2012[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1,400,000	[illegible]	SI	230901 COLFONDOS	$ 1,400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 560,000	[illegible]	$ 1,400,000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 1,400,000	$ 140,000	$ 560,000	$ 140,000	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 4[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1,500,000	[illegible]	SI	25-14 COLPENSIONES	$ 1,500,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240,000	[illegible]	$ 1,500,000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 1,500,000	$ 60,000	$ 300,000	$ 240,000	SCCF24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

FIRMA : _____

PROMCIVILES S.A.S
NIT 901.001.320-5

PERSONA JURÍDICA

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

En mi condición de Representante legal de PROMCIVILES S.A.S identificado con Nit 901.001.320- 5, me permito certificar que la compañía ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Bogotá D.C al veintidós (30) días del mes de septiembre de 2020.

Cordialmente,

LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA
Representante Legal
PROMCIVILES S.A.S

NIT 901.001.320-5

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

En mi condición de Representante Legal de **PROMOTORA PUGA LTDA** identificado con Nit. 830.024.796-9, me permito certificar que ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Bogotá D.C al veintidós (30) días del mes de septiembre de 2020.

Cordialmente,

LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA
Representante Legal
PROMOTORA PUGA LTDA
NIT 830.024.796-9

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

SGS

PERSONA JURÍDICA
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

En mi condición de Representante Legal de **CONSORCIO PARQUES P99** identificado con Nit. 901.352.003-0, me permito certificar que ha efectuado el pago por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Bogotá D.C al veintidós (30) días del mes de septiembre de 2020.

Cordialmente,

LUIS ORLANDO PULIDO GARCIA
Representante Legal
CONSORCIO PARQUES P99
NIT 901.352.003-0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			[illegible] URBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	[illegible] 8 12 OFICINA [illegible]	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible] EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	[illegible]
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA [illegible] (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7767212411	TIPO DE PLANILLA	[illegible] EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN [illegible]	MES septiembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO 2020
DIAS DE MORA			
FECHA PAGO (aaaammdd)	2020 [illegible]	NUMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE					NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS	IBC	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
[illegible]	[illegible]	DEPEND	$ 3.300.000	[illegible]		230301 PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 0	$ 0 / $ 0	Normal	[illegible]	EPS005 [illegible] COMPENSAR	[illegible]	$ 1.000.000	$ 40.000	[illegible]	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 1.000.000	[illegible]	$ [illegible] 600	SUCCF24 COMPENSAR	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]
[illegible]	[illegible]	DEPEND	$ 1.100.000	[illegible]		230201 PROTECCION	30	$ 1.100.000	$ 0	$ 0 / $ 0	Normal	[illegible]	EPS008 COMPENSAR	[illegible]	$ 1.100.000	$ 44.000	[illegible]	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 1.100.000	[illegible]	$ [illegible]	SUCCF24 COMPENSAR	$ 44.000	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]

TOTAL $ 4.030.200

SOI

2020 [illegible] PM USUARIO SOI [illegible]

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Planilla Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 830098456
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL — DEPARTAMENTO:
DIRECCIÓN: — TELÉFONO:
TIPO APORTANTE: — CLASE APORTANTE:
TIPO EMPRESA: — ACTIVIDAD ECONÓMICA:
FORMA DE PRESENTACIÓN: — MANUAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7764819801 — TIPO DE PLANILLA:
FORMA DE LIQUIDACIÓN: — APO — PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES: septiembre AÑO: 2020
FECHA PAGO: — NÚMERO AUTORIZACIÓN:

EJEMPLEADOS: 2020

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA INT	MORA APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
230301	PROVENIR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 574.900	$ 0	$ 0	$ 574.900
25-14	COLPENSIONES	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.185.000	$ 0	$ 0	$ 2.185.000
271001	COLFONDOS	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 965.000	$ 0	$ 0	$ 965.000
SUBTOTALES:								$ 3.724.900	$ 0	$ 0	$ 3.724.900

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	MORA	APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS004	COMPENSAR	$ 0							$ 0	$ 648.900	$ 0	$ 0	$ 648.900
EPS002	SANITAS	$ 0	$ 0						$ 0	$ 241.000	$ 0	$ 0	$ 241.000
EPS005	SURA	$ 0	$ 0						$ 0	$ 913.900	$ 0	$ 0	$ 913.900
EPS008	COMPENSAR	$ 0	$ 0										
EPS017	FAMISANAR	$ 0	$ 0										
EPS010	SOC. COLOMBIANA DE SERVICIOS DE SALUD	$ 0	$ 0										
SUBTOTALES:										$ 913.900	$ 0	$ 0	$ 913.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	COLMENA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		$ 0	$ 0			$ 0	$ 1.034.200	$ 0	$ 0	$ 1.034.200
SUBTOTALES:								$ 1.034.200	$ 0	$ 0	$ 1.034.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	ADMINISTRADORA NOMBRE	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
0CF24	COMPENSAR		$ 819.500	$ 0	$ 819.500
SUBTOTALES:			$ 819.500	$ 0	$ 819.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	ACTUALIZACIÓN ETAPA PRODUCTIVA	DÍAS COTIZADOS	HORAS LABORADAS	SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	APORTE VOLUNTARIO EMPLEADOR	APORTE VOLUNTARIO EMPLEADO	INCAPACIDAD TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CAJA	SENA	ICBF	MINTIC
1	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2.000.000	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	PROVENIR	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 574.900	FAMISANAR	$ 2.000.000	$ 240.000	[illegible]	$ 2.000.000	$ 574.900	SOC24 2.000.000 COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2.000.000	[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]	COLPENSIONES	$ 2.185.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 241.000	SANITAS S.A	$ 2.185.000	$ 262.200	$ 0	$ 2.185.000	$ 241.000	SOC24 2.000.000 COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.900.000	[illegible]	NO	[illegible]	[illegible]	COLFONDOS	$ 1.900.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.000	PROVENIR MELIMAS	$ 1.900.000	$ 72.900	$ 0	$ 1.900.000	$ 228.000	SOC24 1.900.000 COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2.300.000	[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]	COLPENSIONES	$ 2.300.000	$ 276.000	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 276.000	PROVENIR COMPENSAR	$ 2.300.000	$ 276.000	$ 0	$ 2.300.000	$ 276.000	SOC24 2.300.000 COMPENSAR	$ 69.000	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2.600.000	[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]	COLFONDOS	$ 1.555.557	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 186.667	SANITAS S.A	$ 1.555.557	$ 62.900	$ 0	$ 1.555.557	$ 186.667	SOC24 COMPENSAR	$ 46.667	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 2.600.000	[illegible]	NO	26	[illegible]	COLFONDOS	$ 866.667	$ 74.200	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.200	SANITAS	$ 866.667	$ 18.200	$ 0	SOCIEDAD COLOMBIANA DE SEGUROS S.A	$ 866.667	$ 0	$ 866.667	SOC24 COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE [illegible] NO 8-12 OFC [illegible]	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	01 EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	[illegible] MENOS DE [illegible] COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7764819801	TIPO DE PLANILLA	EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO 2020
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaammdd)	2020[illegible]19	NUMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	CC [illegible]	CELIS RUIZ LILIANA	DEPEND	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]		SI	[illegible]	230[illegible] COLFONDOS	5	$ 333.334	$ 53.400	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	Normal	$ 5[illegible]
8	CC [illegible]	CELIS RUIZ LILIANA	DEPEND	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]		SI		230[illegible] COLFONDOS	[illegible]	$ 2.500.000	$ 400.[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.[illegible]
[illegible]	CC [illegible]	VALDERRAMA [illegible] OLGA MARIA	DEPEND	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]		SI	[illegible]	[illegible] PORVENIR	[illegible]	$ 1.586.667	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]	Normal	$ [illegible]
10	CC [illegible]	AGUIRRE MEDINA FERNANDO	DEPEND	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]		SI		25-14 COLPENSIONES	[illegible]	$ [illegible]	$ 320.000	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	Normal	$ [illegible]
[illegible]	CC [illegible]	BRICEÑO [illegible] JUAN CARLOS	DEPEND	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]		[illegible]		25-14 COLPENSIONES	[illegible]	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	Normal	$ 256.[illegible]

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
7	EPS008 COMPENSAR	[illegible]	$ 333.334	$ [illegible]	$ 0	$ 13.400	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 333.334	1742101	$ [illegible]
8	EPS008 COMPENSAR	[illegible]	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ [illegible]	14-[illegible] POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 2.500.000		$ [illegible]
[illegible]	[illegible] SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	[illegible]	$ 1.586.667	$ [illegible]	$ 0	$ [illegible]	14-[illegible] POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 1.586.667		$ [illegible]
10	EPS00[illegible] SANITAS S.A.	[illegible]	$ [illegible]	$ 80.[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible] POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ [illegible]		$ [illegible]
[illegible]	EPS00[illegible] SALUD TOTAL	[illegible]	$ [illegible]	$ 64.[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible] POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 1.600.000		$ [illegible]

PARAFISCALES

N°	CCF DÍAS	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	[illegible]	$ [illegible]	CCF24 COMPENSAR	[illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]
8	[illegible]	$ 2.500.000	[illegible] COMPENSAR	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]
[illegible]	[illegible]	$ 1.586.667	[illegible] COMPENSAR	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]
10	[illegible]	$ [illegible]	[illegible] COMPENSAR	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] COMPENSAR	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]

TOTAL **$ 6.492.500**

SOI

2020/[illegible] [illegible] PM USUARIO: [illegible]

Salud Ocupacional Los Andes

Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 385454	**Fecha Impresión** 2020-05-16	**Empresa Contratante**	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Nombre	FERNANDO AGUIRRE MEDINA	**Empresa a Laborar**	
Cargo	RESIDENTE DE INTERVENTORIA FASE DE EJECUCION DE OBRAS	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	7182768	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2020-05-16 07:44:38	**Fecha Salida**	2020-05-16 09:47:12



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clínico

- GLIC.

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional

Recomendaciones Especificas Trabajador

* PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA *DIETA HIPOGLUCIDA * ADHERIR A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y EL MINISTERIO DE SALUD FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID 19

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: SANDRA LILIANA HERNANDEZ ORTIZ
CC: 52361949
Registro médico: 52361949
Licencia N°: 11620 de 05/10/2018

Firma del trabajador: FERNANDO AGUIRRE MEDINA
CC: 7182768

Salud Ocupacional Los Andes

Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General



No. ingreso 385132	**Fecha Impresión** 2020-05-15	**Empresa Contratante**	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Nombre	LILIANA CELIS RUIZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	TRABAJADORA SOCIAL	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	52386191	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2020-05-15 07:13:26	**Fecha Salida**	2020-05-15 08:41:15

Examenes Complementarios

Paraclinicos	Laboratorio Clínico	Vacunas
• EMO Pre Ingreso	• GLIC.	

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas Trabajador

PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL, EJERCICIO CARDIOVASCULAR, USO DE ANTEOJOS DE MANERA PERMANENTE, CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL, ADHERIR A PROTOCOLOS EMITIDOS POR PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA POR PANDEMIA DE COVID 19

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: ALEJANDRO GUTIERREZ TORRES
CC: 79961242
Registro médico: 79961242
Licencia N°: 11671 de 05/10/2018

Firma del trabajador: LILIANA CELIS RUIZ
CC: 52386191

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 359905	Fecha impresión 2020-02-24	Empresa Contratante	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Nombre	JUAN CARLOS BRICEÑO	Empresa a Laborar	
Cargo	AUXILIAR SST	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	79389138	Sede	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2020-02-24 07:33:49	Fecha Salida	2020-02-24 09:15:38



Examenes Complementarios

Paraclinicos	Laboratorio Clínico	Vacunas
• EMO Pre Ingreso	• GLIC.	

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos saludables saludables
- Continuar manejo médico
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Especificas Trabajador

PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA * REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE EN SU CARGO,VALORACION OPTOMETRICA COMPLETA PARA ACTUALIZAR FORMULA * CONTINUAR VALORACION Y MANEJO MEDICO POR EPS, DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDA CONTROL PERIODICO POR EPS CON REGISTRO DE CIFRAS ARTERIALES

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: SANDRA LILIANA HERNANDEZ ORTIZ
CC: 52361949
Registro médico: 52361949
Licencia N°: 11620 de 05/10/2018

Firma del trabajador: JUAN CARLOS BRICEÑO
CC: 79389138

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General



No. ingreso 443896	**Fecha Impresión** 2020-09-12	**Empresa Contratante**	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Nombre	DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INGENIERA CIVIL DE APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	1026572178	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2020-09-12 06:59:12	**Fecha Salida**	2020-09-12 08:23:45

Examenes Complementarios

Paraclinicos	Laboratorio Clínico	Vacunas
• EMO Pre Ingreso	• GLIC.	

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Continuar manejo médico
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas Trabajador

CONTROL ESTRICTO Y PERIODICO EN LA EPS POR OFTALMOLOGIA---USO PERMANENTE DE GAFAS, CONTROL POR OPTOMETRIA ACTUALIZAR FORMULA OPTICA---HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.ADHERIR Y ADOPTAR LAS MEDIDAS INTEGRALES DE SEGURIDAD EXPEDIDAS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y MINISTERIO DE SALUD POR COVID 19--TRABAJADOR NIEGA PRESENTAR PATOLOGIA DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: WILSON MARIÑO RAMIREZ
CC: 79335109
Registro médico: 79335109
Licencia N°: 9005 de 28/08/2012

Firma del trabajador: DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ
CC: 1026572178

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: CRA 24 N° 84 - 37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 150680	**Fecha Impresión** 2019-04-03	**Empresa Contratante**	AURBANA SAS
Nombre	LUIS ALEJANDRO VALENCIA SOTO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSPECTORDE INTERVENTORIA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	1003038476	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2019-04-03 07:35:43	**Fecha Salida**	2019-04-03 10:25:32



Examenes Complementarios

Paraclinicos	Laboratorio Clínico	Vacunas
• EMO Pre Ingreso	• GLIC.	

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Habitos nutricionales saludables
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

Recomendaciones Especificas Trabajador

PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL, EJERCICIO CARDIOVASCULAR

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: ALEJANDRO GUTIERREZ TORRES
CC: 79961242
Registro médico: 79961242
Licencia N°: 11671 de 05/10/2018

Firma del trabajador: LUIS ALEJANDRO VALENCIA SOTO
CC: 1003038476

Salud Ocupacional Los Andes

Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 349258	**Fecha Impresión** 2020-02-07	**Empresa Contratante**	AURBANA SAS
Nombre	MARIA CAROLINA RUIZ SIERRA	**Empresa a Laborar**	
Cargo	COORDINADORA DE INTERVENTORIA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	20739707	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2020-02-07 06:24:35	**Fecha Salida**	2020-02-07 08:30:39



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clínico

- GLIC.

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas Trabajador

EJERCICIO CARDIOVASCULAR, PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: ALEJANDRO GUTIERREZ TORRES
CC: 79961242
Registro médico: 79961242
Licencia N°: 11671 de 05/10/2018

Firma del trabajador: MARIA CAROLINA RUIZ SIERRA
CC: 20739707

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No.830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No. AU-CE-078/2020	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	DIRECTOR DE INTERVENTORIA		
	SUELDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		8.700.000
	DESCUENTOS:		
	SALUD EPS COMPENSAR 4% SEPTIEMBRE DE 2020	348.000	
	AFP COLPENSIIONES 4% SEPTIEMBRE DE 2020	348.000	
	DESCUENTO FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL 1% MES SEPTIEMBRE DE 2020	87.000	
	RETENCION EN LA FUENTE POR SALARIOS MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	475.000	
	PAGO DEMAS, TENER EN CUENTA PARA DESCONTAR EN NOM OCTUBRE 2020		273.000
	TOTAL A CANCELAR		7.715.000

FORMA DE PAGO

EFECTIVO		BANCO:	CAJA SOCIAL	FECHA DE PAGO:	jueves, 01 de octubre de 2020
CHEQUE	X	CHEQUE NUMERO:	1001230	CUENTA NUMERO:	

PAGADO A:	HERNANDO DAZA BERRIO	HERNANDO DAZA: CON AUMENTO SALARIAL DE $ 8.700.000 A PARTIR DE 01 DE SEPTIEMBRE DE 2020.
C.C. / Nit	18.939.069 DE AGUSTIN CODAZZI	
DIRECCIÓN	CALLE 95 No.71-75 APT.703- TORRE 4	
TELÉFONO	3133534942-2459063	
FIRMA:		

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA BERRIO	

	AURBANA S.A.S. Nit No.901.029.778-6	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	
	CONTRATO INDIVIDUAL A TERMINO INFERIOR A UN AÑO No. AUR-TEC-055-2020 COORDINADORA DE INTERVENTORIA PARA EL CONTRATO DE INTERVENTORIA No.420-2019, CUYO OBJETO ES " REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL FINANCIERA, CONTABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CONTRATO DERIVADO DEL PROCESO DE LICITACION FDLS-LP-006-2019 PARA EL MANTENIMIENTO DE PARQUES" CELEBRADO CON EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL ALCALDIA LOCAL DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.		
	SUELDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		3.500.000
	DESCUENTOS: SALUD EPS SANITAS 4% DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	140.000	
	AFP COLFONDOS 4% DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	140.000	
	TOTAL A CANCELAR		3.220.000

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: jueves, 01 de octubre de 2020

	MARIA CAROLINA RUIZ SIERRA
C.C. / Nit	20.739.707 DE MADRID - CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN	DIAGONAL 2 No.9-53
TELÉFONO	311379738
FIRMA:	20739.707

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No. AU-TEC 061-2020		
	CARGO: RESIDENTE SOCIAL DE INTERVENTORIA		
	SUELDO DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		3.000.000
	DESCUENTOS:		
	SALUD EPS COMPENSAR 4% MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	120.000	
	AFP COLFONDOS 4% MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	120.000	
	TOTAL A CANCELAR		2.760.000

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE ✓ BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO:
TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: jueves, 01 de octubre de 2020

PAGADO A:	LILIANA CELIS RUIZ
C.C. / Nit	52.386.191 DE BOGOTA D.C.
DIRECCIÓN	CARRERA 96A No.152-85 INT.6 APTO.502 PINAR - SUBA
TELÉFONO	3142779974
FIRMA:	52386191

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No. AU-TEC-067-2020		
	PROFESIONAL EN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL (SISO) AMBIENTAL.		
	SUELDO DEL 14 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		1.416.667
	DESCUENTOS:		
	SALUD EPS FAMISANAR 4% DE 14 SEPTIEMBRE A 30 SEPTIEMBRE DE 2020	56.667	
	AFP PORVENIR 4% DE 14 SEPTIEMBRE A 30 SEPTIEMBRE DE 2020	56.667	
	TOTAL A CANCELAR		1.303.333

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE X
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: jueves, 01 de octubre de 2020

PAGADO A:	DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ
C.C. / Nit	1.026.572.178 DE BOGOTA
DIRECCIÓN	CRA.7 ESTE No. 32 C - 51 SOACHA
TELÉFONO	3187607271

Diana C Morales V
FIRMA: 1026572178

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENCHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No. AU-TEC 067-2020. PROFESIONAL EN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL (SISO) AMBIENTAL. BONIFICACION NO PRESTACIONAL PARA TRANSPORTES DEL 14 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		283.333
	TOTAL A CANCELAR		283.333

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE

BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO:
TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:

FECHA DE PAGO: 1 de octubre de 2020

PAGADO A:	DIANA CATHERINE MORALES VELASQUEZ
C.C. / Nit	1.026.572.178 DE BOGOTA
DIRECCIÓN	CRA.7 ESTE No. 32 C - 51 SOACHA
TELÉFONO	3187607271

Diana C Morales V

FIRMA: 1026572178

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No.830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No. AU-TEC-062-2020		
	AUXILIAR EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)		
	SUELDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		1.600 000
	SUBSIDIO DE TRANSPORTES DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		102 854
	DESCUENTOS:		
	SALUD EPS SALUDTOTAL 4% DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	64.000	
	APF COLPENSIONES 4% DEL MES DE SEPTIEMBRE 2020	64 000	
	TOTAL A CANCELAR		1.574.854

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: jueves, 01 de octubre de 2020

PAGADO A:	JUAN CARLOS BRICEÑO
C.C. / Nit	79.389.138
DIRECCIÓN	CALLE 6 BIS Nº90ª-50 TR 20 AP 403
TELÉFONO	3143967645/3543634
FIRMA:	

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENCHE MOLINA	CARMEN VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA BERRIO	

	AURBANA S.A.S. Nit No.901.029.778-6	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No AUR-TEC-053-2019 **INSPECTOR DE INTERVENTORIA FASE DE EJECUCION DE OBRAS.** INSPECTOR DE INTERVENTORIA FASE DE EJECUCION DE OBRAS PARA LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS, FINANCIERAS Y JURIDICAS PARA LA FASE DE INTERVENTORIA EN DESARROLLO DEL CONTRATO. No. 3021 Del 13 de Octubre de 2017 SUSCRITO CON EL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD CUYO CONTRATO No. 3021 DE 2017. OBJETO: "REALIZAR POR EL SISTEMA DE PRECIO GLOBAL FIJO LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA, PARA LA CONSTRUCCION DE LAS OBRAS DE LA TERCERA Y CUARTA ETAPA DEL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR COD: 07-391 CON CARGO AL PROYECTO DE INVERSION 1082: CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE PARQUES Y EQUIPAMIENTOS PARA TODOS." GRUPO No. 2 "REALIZAR POR EL SISTEMA DE PRECIO GLOBAL FIJO LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCION DE LA CUARTA ETAPA DEL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR COD: 07-391 CON CARGO AL PROYECTO DE INVERSION 1082: CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE PARQUES Y EQUIPAMIENTOS PARA TODOS.". y para el CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 272 DE 2018.OBJETO: "LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, AMBIENTAL Y FINANCIERA AL CONTRATO CUYO OBJETO ES ACTUALIZACIÓN DE ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO Y/O DOTACIÓN DE PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ, POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS SIN FORMULA DE REAJUSTE Y MONTO AGOTABLE."		
	SUELDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		877 803
	AUXILIO DE TRANSPORTE DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		102 854
	PRESTAMO PARA DESCONTAR Nº3 FINAL $500.000 MENSUALES DE ACUERDO A OFICIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACION DE DESCUENTO DE FECHA JULIO 6 DE 2020 COMPROBANTE AU-CE-036-2020	500 000	
	DESCUENTO SALUD = NUEVA EPS 4% MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	35.112	
	DESCUENTO PENSION = AFP COLPENSIONES MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	35.112	
	TOTAL A CANCELAR		410.433

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE

BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:

FECHA DE PAGO: jueves, 01 de octubre de 2020

PAGADO A:	LUIS ALEJANDRO VALENCIA SOTO
C.C. / Nit	1.003 038.476 DE BECERRIL CESAR
DIRECCIÓN	CALLE 95 71-75 INT. 4-703
TELÉFONO	3013465272
FIRMA:	C.C. 1003038476

PRESTAMO EMPLEADO PARA DESCONTAR $500.000 MENSUALES DE ACUERDO A OFICIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACION DE DESCUENTO DE FECHA JULIO 6 DE 2020

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	AURBANA S.A.S Nit. No. 901.029.778-6	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO IKOMDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO No AU-TEC-053-2019 INSPECTOR DE INTERVENTORIA FASE DE EJECUCION DE OBRAS. INSPECTOR DE INTERVENTORIA FASE DE EJECUCION DE OBRAS PARA LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS, FINANCIERAS Y JURIDICAS PARA LA FASE DE INTERVENTORIA EN DESARROLLO DEL CONTRATO. No 3021 Del 13 de Octubre de 2017 SUSCRITO CON EL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD CUYO CONTRATO No. 3021 DE 2017. OBJETO: "REALIZAR POR EL SISTEMA DE PRECIO GLOBAL FIJO LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA LA CONSTRUCCION DE LAS OBRAS DE LA TERCERA Y CUARTA ETAPA DEL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR COD 07-391 CON CARGO AL PROYECTO DE INVERSION 1082: CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE PARQUES Y EQUIPAMIENTOS PARA TODOS." GRUPO No 2 "REALIZAR POR EL SISTEMA DE PRECIO GLOBAL FIJO LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCION DE LA CUARTA ETAPA DEL PARQUE METROPOLITANO EL PORVENIR COD 07-391 CON CARGO AL PROYECTO DE INVERSION 1082: CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE PARQUES Y EQUIPAMIENTOS PARA TODOS " y para el CONTRATO DE INTERVENTORÍA No 272 DE 2018 OBJETO. "LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, AMBIENTAL Y FINANCIERA AL CONTRATO CUYO OBJETO ES ACTUALIZACIÓN DE ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO Y/O DOTACIÓN DE PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ. POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS SIN FORMULA DE REAJUSTE Y MONTO AGOTABLE" BONO NO PRESTACIONAL PARA ALIMENTACION DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020 BONO NO PRESTACIONAL PARA TRANSPORTES DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020 TOTAL A CANCELAR		519.343. 200 000 719.343.

FORMA DE PAGO

EFECTIVO CHEQUE	BANCO: CHEQUE NUMERO:	CAJA SOCIAL TRANSFERENCIA	CUENTA NUMERO:	FECHA DE PAGO: jueves 01 de octubre de 2020

PAGADO A:	LUIS ALEJANDRO VALENCIA SOTO
C.C. / Nit	1.003.038.476 DE BECERRIL CESAR
DIRECCIÓN	CALLE 95 71-75 INT. 4-703
TELÉFONO	3013485272
FIRMA:	

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENECHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830.098.495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO **No. AU-TEC-063-2020** RESIDENTE DE INTERVENTORIA FASE EJECUCION DE OBRAS: PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO NO.272-2018, "LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, AMBIENTAL Y FINANCIERA AL CONTRATO CUYO OBJETO ES ACTUALIZACION DE ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCION Y EL MANTENIMIENTO Y/O DOTACION DE PARQUES VECINALES Y/O BOLSILLO EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVA, POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS SIN FORMULA DE REAJUSTE O MONTO AGOTABLE" SUELDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020		2.000.000
	DESCUENTOS: SALUD EPS SANITAS 4% MES DE SEPTIEMBRE DE 2020 APF COLPENSIONES 4% MES DE SEPTIEMBRE DE 2020	80.000 80.000	
	TOTAL A CANCELAR		1.840.000

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCIA CUENTA NUMERO:
FECHA DE PAGO: 1 de octubre de 2020

PAGADO A:	FERNANDO AGUIRRE MEDINA
C.C. / Nit	7.182.768
DIRECCIÓN	CLL. 167 48 -44 CASA 149
TELÉFONO	3103379610
FIRMA:	

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENCHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

	ARQUITECTURA URBANA LTDA. Nit No. 830,098,495-4	COMPROBANTE DE EGRESO No.	
CODIGO CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN ANO No. AU-TEC-063-2020 BONIFICACION NO PRESTACIONAL PARA TRANSPORTES DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020, COMO RESIDENTE DE INTERVENTORIA FASE EJECUCION DE OBRAS: PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO NO.272-2018, "LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, LEGAL, AMBIENTAL Y FINANCIERA AL CONTRATO CUYO OBJETO ES ACTUALIZACION DE ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCION Y EL MANTENIMIENTO Y/O DOTACION DE PARQUES VECINALES Y/O BOLSILLO EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVA, POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS SIN FORMULA DE REAJUSTE O MONTO AGOTABLE"		700.000
	TOTAL A CANCELAR		700.000

FORMA DE PAGO

EFECTIVO
CHEQUE
BANCO: CAJA SOCIAL
CHEQUE NUMERO: TRANSFERENCI CUENTA NUMERO:
Fecha de pago: 1 de octubre de 2020

PAGADO A:	FERNANDO AGUIRRE MEDINA
C.C. / Nit	7.182.768
DIRECCIÓN	CLL. 167 48 -44 CASA 149
TELÉFONO	3103379610
FIRMA:	

ELABORO:	REVISO:	APROBO:	CONTABILIZADO:
ADRIANA GOYENCHE MOLINA	CARMEN ALICIA VALENCIA	Arq. HERNANDO DAZA B.	

ANEXO 2.

IMPLEMENTACIÓN MEDIDAS PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

CONTRATISTA

CONSORCIO P99

CONTRATO 415-2019

"CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FÓRMULA DE REAJUSET Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES"

SEPTIEMBRE 2020

CONSORCIO P99

CONTRATO 415 DE 2019

CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FÓRMULA DE REAJUSET Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES"

ELABORO
ING. LADY ALMANZA
INGENIERA AMBIENTAL Y SANITARIA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FIRMA:

	INFORME MENSUAL IMPLEMENTACIÓN DE PAPSO ANTE EL COVID-19	COP 415 DE 2019
		Fecha: Septiembre 2020
		VERSION 0

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN AL DOCUMENTO 4

2. OBJETIVOS. 5

2.1 OBJETIVO GENERAL 5

3. PLAN DE ACCIÓN. 6

4. IMPLEMENTACIÓN DE PAPSO 6
4.1 INSPECCIÓN DE CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO 6
4.2 TOMA DE TEMPERATURA Y VERIFICACION DE SINTOMAS 6
4.3 DESINFECCION DE CALZADO 6
4.4 LAVADO DE MANOS 7
4.5 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS Y ELEMENTOS 7
4.8 INDICADORES 7

CONCLUSIONES 9

	INFORME MENSUAL IMPLEMENTACIÓN DE PAPSO ANTE EL COVID-19	COP 415 DE 2019
		Fecha: Septiembre 2020
		VERSION 0

1. INTRODUCCIÓN AL DOCUMENTO

El presente informe contiene el resumen de las actividades encaminadas a dar cumplimiento a lo establecido en el Protocolo de medidas preventivas y de protección ante el COVID-19 encargado por el área de Seguridad y Salud en el trabajo, en el desarrollo del contrato 415 de 2019 "**CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FÓRMULA DE REAJUSET Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES,** durante el mes de septiembre de 2020.

.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Establecer lineamientos técnicos para el trabajo seguro durante la emergencia sanitaria y control sobre el COVID-19, promoviendo la salud del personal de CONSORCIO P99 y sus contratistas; estableciendo las medidas preventivas y de bioseguridad para el desarrollo de las actividades constructivas del proyecto.

Consolidar la información general, con el fin de entregar a la interventoría las estadísticas y datos requeridos para la verificación del cumplimiento de las actividades establecidas en el protocolo de medidas preventivas y de protección ante el COVID-19.

Generar los indicadores de cumplimiento establecidos en el PAPSO.

3. PLAN DE ACCIÓN.

Este documento tiene por objeto implementar las medidas de prevención y protección ante el COVID-19 identificadas en el área de influencia del proyecto y de esta manera dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el trabajo.

4. IMPLEMENTACIÓN DE PAPSO

4.1 INSPECCIÓN DE CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO

Se realiza diariamente la inspección de las condiciones de riesgo en cada área de trabajo a ejecutar. Se adjunta **anexo 1. Formato de inspección de condiciones de riesgo sitio de trabajo COVID-19.**

4.2 TOMA DE TEMPERATURA Y VERIFICACION DE SINTOMAS

Se realiza al ingreso y salida de la empresa la toma de temperatura a toda persona sea trabajador, contratista, proveedor y visitantes. **Anexo 2. Formato registro medición de temperatura y condiciones de salud.**

De igual manera se verifica con el mismo formato Reporte de condiciones de salud.

4.3 DESINFECCION DE CALZADO

Una vez se verifican síntomas se procede a desinfectar calzado para ingreso a campamento y proceder a cambio de ropa.

4.4 LAVADO DE MANOS

Toda persona después de terminar registro de síntomas debe procede a realizar un correcto lavado de manos donde mínimo debe durar 20 segundos. El cual se encuentra ubicado en la oficina. Se dispone de agua, jabón, gel antibacterial, alcohol y toallas desechables.

4.5 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS Y ELEMENTOS

Todos los trabajadores y personal de obra realizan el proceso de limpieza y desinfección antes, durante y después de la laborar. Adicionalmente se realiza limpieza a lavamanos diariamente.

4.7 ENTREGA Y DISPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Se tiene disponible en la oficina los tapabocas que requiera el personal si lo desea; sin embargo, el personal administrativo usa su tapabocas personal por decisión propia y se solicita el uso obligatorio del mismo durante la jornada laboral. En las instalaciones de la oficina se dispone de gel antibacterial y alcohol para disponibilidad de los trabajadores.

4.8 INDICADORES

- ✓ **Trabajadores con síntomas COVID-19**

$$Trabajadores\ con\ sintomas\ COVID-19 = \frac{Total\ de\ trabajadores\ evaluados\ con\ sintomas}{No\ de\ trabajadores\ evaluados} \cdot 100$$

$$Trabajador\ con\ COVID-19 = \frac{0}{5} \cdot 100 = 0\%$$

✓ **Ausentismo por síntomas COVID-19**

$$Ausentismo\ por\ sintomas\ COVID-19 = \frac{No\ dias\ de\ ausencia\ por\ sintomas\ COVID-19}{No\ dias\ programados\ de\ trabajo\ en\ el\ mes} \cdot 100$$

$$Ausentismo\ por\ sintomas\ COVID-19 = \frac{0}{22} \cdot 100 = 0\%$$

✓ **Trabajador con COVID-19**

$$Trabajador\ con\ COVID-19 = \frac{No\ de\ trabajadores\ con\ COVID-19}{No\ de\ trabajadores\ en\ obra} \cdot 100$$

$$Trabajador\ con\ COVID-19 = \frac{0}{5} \cdot 100 = 0\%$$

✓ **Trabajador capacitado:**

$$Trabajador\ capacitado = \frac{No\ de\ trabajadores\ capacitados}{No\ de\ trabajadores\ en\ obra} \cdot 100$$

$$Trabajador\ capacitado = \frac{5}{5} \cdot 100 = 100\%$$

CONCLUSIONES

- Durante el mes de septiembre de 2020 se implemento el protocolo de bioseguridad en el proyecto cto 415 de 2019; el cual fue aprobado por parte de la supervisión del contrato y la interventoría. Se adjuntan formatos de seguimiento.
- No se reportó ningún trabajador con síntomas COVID-19.
- No se reportó casos positivos de COVID-19.
- Se realizada entrega de elementos de bioseguridad (tapabocas y tula para cambio de ropa a cada trabajador que ingreso).
- Se realiza divulgación de protocolo de bioseguridad antes de iniciar labores.

LISTA DE ANEXOS SST

1. ANEXO 1. FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO EN SITIO
2. ANEXO 2. FORMATO TOMA DE TEMPERATURA Y VERIFICACION SINTOMAS.
3. ANEXO 3. FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Anexo 1.

FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO EN SITIO

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	30/7/2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99 (Oficina)	INSPECCIONADO POR	Jady Almanza.
ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	Hoy se inicia capacitación programada por el Coordinador SST		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc.	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfeccion según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección fácilmente disponibles e identificable (es decir agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilacion en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	4.5.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficinas)	INSPECCIONADO POR	Indy Almanza

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	No se han identificado trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc.	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.6	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	7.21.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficinas)	INSPECCIONADO POR	Jhon Manrique
ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	No se identifico personal con sintomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	8.07.20	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficinas)	INSPECCIONADO POR	JAIME MANRIZA

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	/	NO SE HA NOTIFICADO TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	¿Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua jabón, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	27.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Chiclayo)	INSPECCIONADO POR	Jany Alvarez.

ACEPTABLE		NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	SI / NO / N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	No se identificaron trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre como informar situaciones / sintomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas segun las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos estan disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles o identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	10.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99 (Concesión)	INSPECCIONADO POR	Jairy Almanza
ACEPTABLE		NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	Hacer identificación trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID 19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabon, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020 VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	11.9.2020	PROYECTO	Proyecto Parques Parque (Ciudad)	INSPECCIONADO POR	Jhon Alemán

ACEPTABLE	✓	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	✓ / X / N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERTIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles, tosiendo, / estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	No se identificaron trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del dia cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia fisica de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 segun las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento fisico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	14.9.2020	PROYECTO	Parques P99 (OTICIAS)	INSPECCIONADO POR	JAIME ALMANZA

ACEPTABLE	✓	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	✓, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	NO SE HAN IDENTIFICADO TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	15.07.2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99 (Oficina).	INSPECCIONADO POR	Jaqui Alvarez.

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	NO SE TIENE REGISTRO DE TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta etc.	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del dia como se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	16-07-2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99 (Cacimi)	INSPECCIONADO POR	JADY NIMANSA

ACEPTABLE		NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	V, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadoras / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	NO SE IDENTIFICARON TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / sintomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del dia cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún sintoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia fisica de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección fácilmente disponibles e identificable (es decir agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020 VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	19.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficina)	INSPECCIONADO POR	Jhoy Almanza.
ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERTIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	[illegible] HAN IDENTIFICADO TRABAJAN VECES [illegible]		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?				
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfeccion según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir agua, jabón, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	18.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficina)	INSPECCIONADO POR	Jaime Almanza
ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	No se identificaron trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfeccion según las pautas del protocolo establecido por la empresa	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia fisica de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	21.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99 (Oficina)	INSPECCIONADO POR	JADY ALMANZA

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	NO SE IDENTIFICO NINGUN TRABAJADOR CON SINTOMAS.		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfeccion según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia fisica de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabon, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA	22.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parques P99	INSPECCIONADO POR	JADY ALMANZA

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	NO SE HAN IDENTIFICADO TRABAJADORES PARQUES P99 SINTOMAS.		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / sintomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del dia cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	23.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Cartagena)	INSPECCIONADO POR	Jhon Almanza

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓			
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	24.07.2020	PROYECTO	Consorcio P99 (Oficinas)	INSPECCIONADO POR	JADY ALMANZA.

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	NO SE IDENTIFICARON TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del dia cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfeccion?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	25.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parq. (OFICINA).	INSPECCIONADO POR	Jhoy Almanza
ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√ X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	No se identificaron trabajadores con síntomas		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitacion sobre cómo informar situaciones / sintomas de COVID-19?	✓			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún sintoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfacción según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia fisica de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas segun las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.6	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento fisico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	28-09-2020	PROYECTO	Consorcio P99 (Oficina)	INSPECCIONADO POR	Jhoy Almanza

ACEPTABLE	✓	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	V, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores febriles tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	NO SE IDENTIFICARON TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.6	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	N/A			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa.	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA:	21.9.2020	PROYECTO	Consorcio Parque P99 (Oficinas)	INSPECCIONADO POR	Noxi Almanza

ACEPTABLE	√	NO ACEPTABLE	X	NO APLICABLE	N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	V, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	✓			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	✓			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	✓	(x) SE IDENTIFICARON TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	✓			
1.6	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc	✓			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	✓			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	✓			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	✓			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	✓			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	✓			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	✓			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	✓			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	✓			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	✓			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	✓			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	✓			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	✓			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	✓			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	✓			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	✓			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	✓			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DOC-SST-020
		VERSIÓN: 1
	FORMATO INSPECCION CONDICIONES DE RIESGO SITIO DE TRABAJO COVID 19	30/07/2020

INSPECCION CONDICIONES RIESGO COVID-19 A SITIO DE TRABAJO

FECHA: 30.9.2020 | PROYECTO: Consorcio Parques P99 (Diana) | INSPECCIONADO POR: Andy Almanza

ACEPTABLE: √ | NO ACEPTABLE: X | NO APLICABLE: N/A

#	DESCRIPCION DEL ASPECTO	√, X o N/A	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE CERIFICADO POR
1.1	Hace que los trabajadores / visitantes completen la PROTOCOLO SANITARIO COVID-19 diaria	√			
1.2	Hace que los trabajadores / visitantes revisen los Procedimientos de prevención de Consorcio Parque P99 mientras trabajan en el proyecto?	√			
1.3	Se han identificado trabajadores: febriles, tosiendo, ¿estornudando o teniendo dificultades para respirar?	√	NO SE HAN IDENTIFICADO TRABAJADORES CON SINTOMAS		
1.4	Todos los trabajadores han recibido capacitación sobre cómo informar situaciones / síntomas de COVID-19?	√			
1.5	Están capacitados los trabajadores para desinfectar las herramientas y el equipo que utilizan según el tipo de superficie, dispositivo, equipo, herramienta, etc.	√			
1.6	¿Se desinfectan los EPP o las herramientas si se comparten entre los trabajadores?	NA.			
1.7	¿Los trabajadores informan a s jefe inmediato al final del día cómo se sienten?	√			
1.8	¿Se les ha ordenado a los trabajadores que muestran algún síntoma de COVID-19 que se vayan a casa y llamen al 123 y sigan las instrucciones dadas por el personal de salud?	√			
2.0	CONDICIONES DE TRABAJO				
2.1	Hay personal designado para monitorear y realizar la desinfección e inspeccionar / reabastecer las estaciones de desinfección?	√			
2.2	Hay estaciones de lavado de manos y/o desinfección de manos disponible	√			
2.3	Se siguen los protocolos de desinfección según las pautas del protocolo establecido por la empresa	√			
2.4	¿Se escalonan los descansos u se toman otras medidas para mantener una distancia de 2 metros durante los descansos?	√			
2.6	Se realizan reuniones de 2 o más personas realizadas afuera del proyecto o por videoconferencia mientras se mantiene ¿Distancia física de 2 metros?	√			
3.0	CONDICIONES DEL SITIO DE TRABAJO				
3.1	¿La señalización de los controles COVID-19 está publicada de manera destacada?	√			
3.2	¿Los suministros, equipos y servicios de primeros auxilios están disponibles según los requisitos de SST?	√			
3.3	¿Se han desarrollado protocolos de primeros auxilios para el manejo de personas con COVID-19 según las autoridades en materia de salud?	√			
3.4	¿Las superficies comunes están limpias y desinfectadas según las instrucciones del Ministerio de Salud o procedimientos equivalentes?	√			
3.5	¿Las estaciones de lavado de manos están disponibles para los trabajadores internos y externos?	√			
3.6	¿Existe suficiente inventario para mantener la cantidad necesaria en las estaciones de lavado y desinfección, fácilmente disponibles e identificable (es decir, agua, jabón, desinfectantes)?	√			
3.7	¿Se mantiene una buena ventilación en los espacios interiores?	√			
3.8	¿Se mantiene el distanciamiento de 2 metros entre los trabajadores?	√			
3.9	¿Existe un plan de comunicación establecido con contratistas para abordar el distanciamiento físico y otros requisitos de seguridad?	√			

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA RESIDENTE / DIRECTOR DE OBRA

Anexo 2.

. FORMATO TOMA DE TEMPERATURA Y VERIFICACION SINTOMAS.

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Código: SST-001
Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 30 - 04 - 2020

No.	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No. CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		SECRECION NASAL		TOS		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:00	Patricia Labrador	N/A	52521518	36.3	36.4	NO		X		X		X		X	X		
2	6:10	Luz D. Ricardo G	N/A	79545548	36.3	36.3	NO		X		X		X		X	X		
3	6:49	OSCAR MENDEZ	N/A	1015413080	36.3	36.4	NO		X		X		X		X	X		
4	6:50	Nubia R. Mejia	NA	1033	36.1	36.3	NO		X		X		X		X	X		
5	6:45	Lorena Sanchez	NA	1013	36.3	36.3	NO		X		X		X		X	X		
6	6:45	[illegible]	NA	1018	36.3	36.4	NO		X		X		X		X	X		
7	6:50	Elena Rios G	NA	1054	36.3	36.3	NO		X		X		X		X	X		
8	6:50	Andres Acuña	N/A	1[illegible]	36.4	36.2	NO		X		X		X		X	X		
9	6:55	Yuliana A	NA	1117261	36.3	36.3	NO		X		X		X		X	X		
10	6:58	Oscar Zamora	N/A	80352	36.2	36.4	NO		X		X		X		X	X		
11	6:59	Patricia Duque	NA	1032	36.3	36.4	NO		X		X		X		X	X		
12	7:04	Tatiana Labrador	NA	1075	36.1	36.2	NO		X		X		X		X	X		
13	7:09	Laura Valencia	NA	1049	36.2	36.5	NO		X		X		X		X	X		
14	7:10	JUAN F	N/A	1010	36.3	36.4	NO		X		X		X		X	X		
15	11:00	Andrea Cano	N/A	1018	36.2	36.5	NO		X		X		X		X	X		
16	5:16	CARLOS VILLALOBOS		8300	36.3		NO		X		X		X		X	X		
17	6:06	Paula Hernandez	N/A	6274	36.2		NO		X		X		X		X			
18																		
19																		
20																		
21																		

PROMOVILES SAS

NIT 901.091.326-1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001

Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 29-05-2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No. CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tache alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:10	Luis O Ruiz G	NA	79[illegible]78	36.3	36.3	N/A		X		X		X		X		X		X			
2	6:20	Patricia Labrador R	NA	52[illegible]15	36.3	36.6	NO		X		X		X		X		X		X			
3	6:22	Andrea Arcila	NA	7[illegible]	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
4	6:55	Yackeline R	NA	2[illegible]	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
5	6:55	Lady Alvarez	NA	52[illegible]	36.3	36.5	NO		X		X		X		X		X		X			
6	6:55	Yenny P. Vega	NA	[illegible]	36.5	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
7	6:55	Juan [illegible]	NA	[illegible]	36.3	36.3	NO		X		X		X		X		X		X			
8	6:57	[illegible]	NA	[illegible]	36.4	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
9	6:58	Oscar Zornosa	NA	80352490	36.2		NO		X		X		X		X		X		X			
10	6:59	JOHAN [illegible]	NA	[illegible]	36.2	36.3	NO		X		X		X		X		X		X			
11	7:00	Eliana Rios C.	NA	[illegible]	36.4	36.2	NO		X		X		X		X		X		X			
12	7:02	Tatiana Labrador	NA	[illegible]	36.3	36.2	NO		X		X		X		X		X		X			
13	7:05	Ana Rincon	NA	[illegible]	36.3	36.3	NO		X		X		X		X		X		X			
14	7:07	Olga Toro	NA	[illegible]	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
15	7:19	Laura Velandia	NA	[illegible]	36.4	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
16	8:10	Ismit A		[illegible]	36.3	36.3	NO		X		X		X		X		X		X			
17	8:13	Angie D	NA	42[illegible]	36.5	36.3	NO		X		X		X		X		X					
18	9:05	Lorena Sanchez	NA	[illegible]	36.5	[illegible]	NO		X		X		X		X		X		X			
19	11:00	Angela PIRES	NA	[illegible]	36.3	[illegible]	NO		X		X		X		X		X		X			
20	11:00	Ana Acosta A	NA	[illegible]	36.5	36.3	NO		X		X		X		X		X		X			
21	4:30	Andrea Garcia	NA	79[illegible]	36.3	[illegible]	NO		X		X		X		X		X		X			

Andrea Garcia

PROMOVILES SAS

NIT 901.091.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: Orelina Ruiz

Cargo: Aux Administrativo

-26- 09. -2020

NO	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDUL	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades de sistema inmune.	FIEBRE		TOS		DIFICULTAD RESPIRATORIA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:00	Patricia Laborde	NA	52522015	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		
2	6:05	Ayu Orellana	NA	79[illegible]83.350			NO	X		X		X		X		X		X		
3	6:50	Nata. Acuña	NA	7[illegible]362	36,5		NO	X		X		X		X		X		X		
4	6:55	Yadrelina A	NA	2.1[illegible]236	36,5		NO	X		X		X		X		X		X		
5	6:57	Elicia RD	NA	1[illegible]93	36,3	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		
6	6:57	Yuvia R Mejia	NA	1[illegible]	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		
7	6:57	Jhonatan Mej. R	NA	1[illegible]3	36,1	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		
8	6:58	[illegible]	NA	1[illegible]	36,5	36,6	NO	X		X		X		X		X		X		
9	6:59	Oscar Zarza	NO	8[illegible]	36,3		NO	X		X		X		X		X		X		
10	7:00	JOHANA SASTOQUE	NO	1[illegible]	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		
11	7:05	Lorena Sanchez R	NO	1[illegible]	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		
12	7:05	Ana Rocio	NO	1[illegible]	36.0	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		
13	7:25	Jaime Valencia	NO	1[illegible]	36,9	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				

PROMOTILES SAS

NIT 901.991.220-1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Codigo: SST-001
Vigencia : 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 25 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	T° ENTRADA	T° SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para expedición a COVID 19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	TOS		DOLOR DE GARGANTA		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:00	Fabiola Labrador	N.A	52521575	36°	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
2	6:10	Luis D. Pulido G	N.A	7455753	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
3	6:51	Yackeline A	NA	21122612	36,3	36,7	NO		X		X		X		X		X	X		
4	6,52	Oscar Zambrano	NA	80352970	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X	X		
5	6:54	Elicer Ros C.	NA	1015733932	35,8	36,5	NO		X		X		X		X		X	X		
6	6:58	Ana Rincón	NA	1020183503	36,3		NO		X		X		X		X		X	X		
7	6:58	Andrea Acosta	N.A	7[illegible]	36,1		NO		X		X		X		X		X	X		
8	7:00	OSCAR MAYA	NA	1054170[illegible]	36,4		NO		X		X		X		X		X	X		
9	7:03	Carolina Ruiz	NA	1010245455	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X	X		
10	7:03	Rebeith G	NA	1032412982	35,4	36,3	NO		X		X		X		X		X	X		
11	9:03	Tatiana Labrador	NA	1[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
12	7:07	DIANA BASTIDAS	NA	1018[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
13	7:10	Luz M Lavadenz	NA	1019785404	35,8	36,5	NO		X		X		X		X		X	X		
14	7:15	Juan F. Mejía	NA	1[illegible]	35,9	36,[illegible]	NO		X		X		X		X		X	X		
15	7:15	Jhonatan dario Gomez	NA	1[illegible]	35,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
16	7:15	Lorena Sanchez B.	NA	1[illegible]	36,3	36,7	NO		X		X		X		X		X	X		
17	7:55	Luis Pulido	NA	3965207	36,5		NO		X		X		X		X		X	X		
18	12:52	Gabriel Nova	NA	79.196.[illegible]	36°		NO		X		X		X		X		X	X		
19	8:00	Yasmin Gomez	NA	52801193	34		NO		X		X		X		X		X	X		
20	7:00	Analincoa	NA	1010[illegible]	35,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
21																				

PROMOVILES SAS

NIT 901.353.343-1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Código: SST-001
Vigencia: 13/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

24 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	N° CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	DIFICULTAD NASAL SI	DIFICULTAD NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Confirmo que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Confirmo que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:05	Patricia Labrador	NA	52524515	36.3	36.5	NO		X		X		X		X		X		X		X	
2		Luis Orlando Pulido	NA	79554513	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X		X	
3	6:50	Andrea Agudelo	NA	1.18.761	36.1	36.5	NO		X		X		X		X		X		X		X	
4	6:54	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36,2	36.5	NO		X		X		X		X		X		X		X	
5	6:55	Lady Alvarez	NA	52880504	36.2	36.2	NO		X		X		X		X		X		X		X	
6	6:55	[illegible]	NA	[illegible]	36.3	36.3	NO		X		X		X		X		X		X		X	
7	6:57	Yackeline A	NA	211.22612	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X		X	
8	7:00	Teresa Sanchez	NA	1023952401	36,3	36,7	NO		X		X		X		X		X		X		X	
9	7:05	Elena Rios	NA	1015470337	36.4	36.7	NO		X		X		X		X		X		X		X	
10	7:05	[illegible]	NA	1032412[illegible]	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X		X	
11	7:06	Tatiana Labrador	NA	1-32-65[illegible]	35.9	36,2	NO		X		X		X		X		X		X		X	
12	7:12	Union R Mena	NA	10234[illegible]	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X		X	
13	7:12	[illegible]	NA	1016[illegible]	36.3		NO		X		X		X		X		X		X		X	
14	7:12	Jhonatan Leon Campos	NA	1014[illegible]	36,3	36.3	NO		X		X		X		X		X		X		X	
15	7:19	Laura Valencia	NA	1014[illegible]	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X		X		X	
16	5:13	Oscar Zapata	NA	80352440	36,3	36.7	NO		X		X		X		X		X		X		X	
17	[illegible]	Juan Nieto		[illegible]	36.3		NO		X		X		X		X		X		X		X	
18	8:35	Monica Romero	NA	52461922	36.3		NO		X		X		X		X		X		X		X	
19	9:21	Angela Pinzon	NA	1014[illegible]	36.6	36.5	NO		X		X		X		X		X		X		X	
20	9:30	Ana Rincon	NA	1010155[illegible]	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X		X	
21																						

PROMOVILES SAS

NIT 901.001.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

23 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	NRO CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para adquisición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 65 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE	TOS	DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:20	Patricia Labrador	NA	52550 364		36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
2	6:25	Jesus Pulido	NA	79[illegible]4		36.3	NO	X	X	X	X	X		X	X	
3	6:50	Jackie Arcos	NA	7181761	36.2	36.5	NO	X	X	X	X	X		X	X	
4	6:56	Oscar Zornoza	NA	80352440	36.3	36.5	NO	X	X	X	X	X		X	X	
5	6:58	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36.2	36.7	NO	X	X	X	X	X		X	X	
6	7:00	Yackeline A	NA	21182202	36.3	36.5	NO	X	X	X	X	X		X	X	
7	7:00	Yeiseth Q.	NA	[illegible]	36.3	36.3	NO	X	X	X	X	X		X	X	
8	7:00	Ana Rincon	NA	1016193203	36.2	36.2	NO	X	X	X	X	X		X	X	
9	7:06	Elena Rios G.	NA	1089[illegible]	36.3	36.3	NO	X	X	X	X	X		X	X	
10	7:06	[illegible]	NO	[illegible]	36.3	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
11	7:11	JOHANA [illegible]	NA	10[illegible]	36.1	36.6	NO	X	X	X	X	X		X	X	
12	7:18	Mauricio Cator	NA	1013[illegible]	36.4	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
13	7:20	Nubia R. Mejia	NA	1032[illegible]	36.3	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
14	7:20	Tatiana Labrador	NA	1030[illegible]	36.2	36.3	NO	X	X	X	X	X		X	X	
15	7:22	Samuel [illegible]	NA	[illegible]	36.5	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
16	7:20	Laura Valencia	NA	[illegible]	36.2	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
17	7:25	Loren Sanchez	NA	1023[illegible]	36.3	36.5	NO	X	X	X	X	X		X	X	
18	7:30	CARLOS VILLALOBOS		[illegible]	36.2	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
19	9:55	Angela Pinto	NO	10[illegible]	36.4	36.4	NO	X	X	X	X	X		X	X	
20		[illegible]														
21																

PROMOVILES SAS

NIT 901.001.520-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

22 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	NO CLINICA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las siguientes condiciones: (marcar con una X) Adulto mayor de 60 años, Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, Obesidad mórbida, Gestante, Enfermedad Autoinmune, Enfermedades del sistema renal.	TIBERS		TOS		DIFICULTAD RESPIRATORIA		CALOSTRO GENERAL		Diligencio que no presento ninguna de estas condiciones durante la semana		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	3 PM	VICTOR CHAVEZ	-	1919289	35 °C	°C			NO	X		X		X		SI	X	
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		

NIT 901.061.520-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Codigo: SST-061
Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 22 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayores de 60 años, enfermedades del Sistema Inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	5:45	Patricia Labrador	NA	52521545	36,5	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
2		Luis Orlando Rolido	NA	79554518	36	36,7	NO		x		x		x		x		x		x	x		
3	6:35	Lorena Sanchez	NA	1023952401	36,3	36,5	NO		x		x		x		x		x		x	x		
4	6:49	Yackeline N.	NA	21187602	36,3	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
5	6:54	Flora Rios G.	NA	1015472093	36,3	36,7	NO		x		x		x		x		x		x	x		
6	6:57	Oscar Zambrano	NA	80352946	36,2	36,5	NO		x		x		x		x		x		x	x		
7	6:52	Keneth O.	NA	1032412312	36,3	36,3	NO		x		x		x		x		x		x	x		
8	7:00	Carolina Ruiz	NA	1014245465	36,2	36,6	NO		x		x		x		x		x		x	x		
9	7:00	Abdel Acosta	NA		36,5	36,6	NO		x		x		x		x		x		x	x		
10	7:01	Lady Almanza	NA	52830921	36,5	36,6	NO		x		x		x		x		x		x	x		
11	7:01	Oscar Ruiz	NA	1015180866	36,3	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
12	7:02	Tatiana Labrador	NA	1030650830	36,2	36,5	NO		x		x		x		x		x		x	x		
13	7:03	Ana Rincon	NA	1014183693	36,2	36,3	NO		x		x		x		x		x		x	x		
14	7:03	Mauricio Soto	NA	1015364734	36,3	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
15	7:03	JOHANNA OSIRIS	NA	1060[illegible]	36,2	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
16	7:05	Laura Hernandez	NA	1014250[illegible]	36,1	36,5	NO		x		x		x		x		x		x	x		
17	7:00	[illegible]	NA	1049[illegible]	36,3	36,5	NO		x		x		x		x		x		x	x		
18	7:14	[illegible]	NA	1032[illegible]	36,3	36,4	NO		x		x		x		x		x		x	x		
19	8:40	Monica Romero	NA	32461922	36,3	36,6	NO		x		x		x		x		x		x	x		
20	10:55	Angela Pinero	NA	1014942153	36,3	36,1	NO		x		x		x		x		x		x	x		
21	11:45	Luis Prieto	NA	3865430	36,5		NO		x		x		x		x		x		x	x		

PROMOVILES SAS

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001
Vigencia: 1/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 2 - 04 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son Vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRESION NASAL SI	SECRESION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para laborar en el trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para laborar en el trabajo. NO	FIRMA
1		Luis O Ruiz G	NA	79145778	36	36,7	NO	X		X		X		X		X		X		X		
2		Patricia Valbuena	NA	52521515	36,3	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
3	6:48	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36,2	36,6	NO	X		X		X		X		X		X		X		
4	6:52	Flor Rio C	NA	01594358	36,4	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
5	6:54	Oscar Zamora	NA	80352440	36,2	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
6	6:58	Yackelin A	NA	21182612	36,7	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
7	6:58	Yesica Acuña	NA	7181751	36,2	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
8	6:58	Ana Rincón	N/A	1015185013	36,3	36,2	NO	X		X		X		X		X		X		X		
9	7:00	Tatiana Labrador	NA	1030254623	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
10	7:02	OSCAR [illegible]	N/A	[illegible]	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
11	7:04	Kerith O.	N/A	1032482212	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
12	7:07	[illegible]	N/A	2[illegible]	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
13	7:13	STEFANIA [illegible]	N/A	1010[illegible]	36,4	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
14	7:15	Patricia Ortiz	N/A	1013604736	36,1	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
15	7:20	Lorena Sanchez N.	NA	1013457[illegible]	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
16	7:22	Viviana P Mejía	NA	1013[illegible]	36,4	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
17	7:22	[illegible]	[illegible]	[illegible]93	36,4	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
18	7:40	Tania Valencia	NA	1049[illegible]	36,2	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
19	8:00	VICTOR CHAVEZ	NA	1.019[illegible]	36,2		SI	X		X		X		X		X		X		X		
20	5:10	Claudia Rodriguez	-	1[illegible]042	5:10		NO	X		X		X		X		X		X		X		
21																						

PROMOTORES SAS

NIT 901.001.220-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

DILIGENCIADO: 18 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	DIFICULTAD RESPIRATORIA SI	DIFICULTAD RESPIRATORIA NO	DOLOR MUSCULAR SI	DOLOR MUSCULAR NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	7:00	Yackeline A	NA	21827612	36,9	36,5			X		X		X		X		X		X	X		
2	7:00	Ana Rincon	N/A	1010155293	36,0				X		X		X		X		X		X	X		
3	7:00	[illegible]	N/A	1015411566	36,3	36,4			X		X		X		X		X		X	X		
4	7:00	Nubia Frasto		21817611	36,6				X		X		X		X		X		X	X		
5	7:01	Oscar Zamora	N/A	80857910	36,7	36,6			X		X		X		X		X		X	X		
6	7:01	Alexander Castro	N/A	1013644756	36,4	36,5			X		X		X		X		X		X	X		
7	7:02	Elena Rios	NA	21547032	36,3	36,3			X		X		X		X		X		X	X		
8	7:03	Tatiana Laborde	NA	1082659629	36,3	36,7			X		X		X		X		X		X	X		
9	7:03	Edwarth Quenza	N/A	1032412236	36,5	36,2			X		X		X		X		X		X	X		
10	7:05	Carolina Ruiz	NA	1010245953	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
11	7:15	Juan R Mejia	NA	1083	36,3	36,3			X		X		X		X		X		X	X		
12	7:15	Joaquin [illegible]	N/A	1010	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
13	7:20	Lorena Sanchez	NA	1023	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
14	7:25	Lava Velandia	NA	1014	36,2	36,5			X		X		X		X		X		X	X		
15	9:27	Patricia Labrador	N/A	52521	36,4	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
16	0 30	Luis C P Ido	N/A	7	36,5	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
17	1=2	JOHANNA [illegible]	N/A	1072	36,4	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
18	7:36	Oscar molina	N/A	80	36,4		NO		X		X		X		X		X		X	X		
19																						
20																						
21																						

PROMCIVILES SAS

KIT 301.001.220-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

*Codigo: SST-001

Vigencia: 15/04/2020

Pagina 1 de 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 17 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son Vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares – EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		DIFICULTAD RESPIRATORIA		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	4:46	Lisbeth Acevedo	NA	1152211779	36.2		NO		X		X		X		X		X		X		X	
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROCIVILES SAS

NIT 901.091.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Version: 01

Codigo: SST-031

Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CARCLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

DILIGENCIADO: 17 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son Vulnerables para exposición a COVID-19. Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:20	Patricia Labrador	NA	52521515	36.3	36.4	NO		X		X		-		X		-		X	X		
2	6:25	Luis C Ruiz	NA	74555911	36.3	36.4	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
3	6:5	Yackeline A	NA	21122617	36.4	36.5	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
4	6:55	Flor Rios C.	NA	10154932	36.3	36,4	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
5	6,56	Oscar Zapata	NA	80352494	36.2				X	X	X	X		X	V		X		X	X		
6	6.56	Lady Alvarez	NA	52666804	36.4	36.2	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
7	6:59	Leidy Sanchez R	NA	1022815240	36,4	36,4	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
8	7:00	[illegible]	NA	10.341.360	36,4	36.4	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
9	7:01	Tatiana Labrador	NA	1036659629	36.4	36,6	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
10	7:02	Mauricio Prada	NA	1019364776	36,4	36,6	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
11	7:7	Nicole Acosta	NA	1019176	36	36.1	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
12	7:07	Luis Ho H. Cuello	NA	1032411843	36.3	36.2	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
13	7:08	Carolina Ruiz	NA	1014745453	36,3	36,4	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
14	7:15	Vivian R Mejía	NA	1032493803	36.2	36,3	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
15	7:15	Shamira Diaz C.	NA	1065832493	36,3	36,3	No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
16	7:20	Lina Valencia M	NA	1014756794	36.3	36,4	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
17	8:13	Luis Fernando Peña	NA	1121758404	36.2		No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
18	8:41	HELEN ROJAS	NA	79834447	36.1		NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
19	9:00	Angelica Pinzon	NA	1014742205	36.4		No		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
20	11:00	Fabian R. Sanabria	NA	1122249	36.2		NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		
21	11:30	Ana Rincón	NA	1010838093	36.3	36.4	NO		X	X	X	X		X	V		X		X	X		

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001
Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

Fecha: 16 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para especialista a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Confirmo que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:10	Jairo C Pulido	NA	1015[illegible]78	36	36,3	N/A		X		X		X		X		X	X		
2	6:35	Patricia Labrador	NA	52521675	36,5	36,5	NO		X		X		X		X		X	X		
3	6:51	Yackeline A	NA	21182617	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
4	6:52	Oscar Zarama	NA	80352740	36,3		NO		X		X		X		X		X	X		
5	6:53	Jo[illegible]	NA	1016[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
6	6:55	Gareth Quenda	NA	1032[illegible]	36,7		NO		X		X		X		X		X	X		
7	6:55	Mauricio Cortes	NA	1,136[illegible]	36,5	36,2	NO		X		X		X		X		X	X		
8	7:00	Tatiana Labrador	NA	1030[illegible]	36,1	36,2	NO		X		X		X		X		X	X		
9	7:01	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X	X	Carolina Ruiz	
10	7:07	Lorena Sanchez	NA	1023[illegible]	36,7	36,5	NO		X		X		X		X		X	X		
11	7:07	Ana Rincón	NA	1010155073	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
12	7:08	Oscar Mora	N/A	1015[illegible]	36,3		NO		X		X		X		X		X	X		
13	7:10	Nora R Mejia	NA	1032[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
14	7:11	Leonardo Hernandez	NA	1014[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
15	7:30	ZUMA NEIRA	NA	52741274	36,1	36,5	NO		X		X		X		X		X	X		
16	9:40	Carlos Villalobos		[illegible]	36	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		
17	9:52	Oscar Rios	NA	1015[illegible]	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X	X		
18	11:00	Jhon Lopez A	NA	3624[illegible]	36,4		NO		X		X		X		X		X	X		
19	13:35	Luis Lopez	NA	80[illegible]	36,2				X		X		X		X		X	X		
20	2:00	Camilo Cortes	NA	1,05[illegible]	35,4				X		X		X		X		X	X		
21	2:07	Jhonny Jhon C.	NA	1[illegible]	36,4	36,4	NO		X		X		X		X		X	X		

PROMOVILES SAS

NIT 901.005.533-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01

Código: GST-003

Vigencia: 15/04/2020

Página 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

FECHA: 15 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, Fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 70 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		DEPRESION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	3:27	Jair Rodriguez P.		79942058	36.2		No		X		X		X		X		X		X	X		
2	5:47	Carolina Ruiz		1130672073	35.7		No		X		X		X		X		X		X	X		Carolina Ruiz
3	5:47	Juan Camilo Cortes		1026585415	36.1		No		X		X		X		X		X		X	X		Juan Cortes
4	5																					
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROINCIVILES SAS

NIT 901.001.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001

Vigencia : 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 15 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Describa que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:10	Patricia Labrador	NA	52521515	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
2	6:10	Juan C Pulido G	NA	79554578	36.0	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
3	6:50	Lady A Manza	NA	52350524	36.4	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
4	6:51	Oscar Moyo	NA	10154 [illegible]	36,4	36.2	NO		X		X		X		X		X		X	X		
5	6:52	Yachelin A	NA	21187612	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
6	6:53	Ana Rincón	NA	1001855613	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
7	6:55	Elena R D C	NA	10191 0582	36,5	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
8	6:56	Oscar Zamora	NA	8935294 10	36,2		NO		X		X		X		X		X		X	X		
9	7:00	Lorena Sanchez R	NA	1023952401	36,2	36,8	NO		X		X		X		X		X		X	X		
10	7:00	[illegible]	NA	1032417842	36,2	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
11	7:05	[illegible]	NA	7[illegible]	35,2	36,4	[illegible]		X		X		X		X		X		X	X		
12	7:05	Carolina Ruiz	NA	1010245853	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
13	7:06	[illegible]	NA	1016[illegible]	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
14	7:06	Tatiana Labrada	NA	1080654064	36,2	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
15	7:07	[illegible]	NO	1015647[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
16	7:13	Yuira R Mejia	NA	1033455[illegible]	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
17	7:15	[illegible]	NA	1016[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
18	7:25	Laura Velandia	NA	1014780[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
19	7:26	Camilo [illegible]	NA	1105[illegible]	36,2	36,1	NO		X		X		X		X		X		X	X		
20		[illegible]	SI	3864[illegible]	36,2		NO		X		X		X		X		X		X	X		
21	7:45	[illegible]	NA	1016[illegible]	36,2	36,1	NO		X		X		X		X		X		X	X		

PROMOTORES DAC

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

FECHA: 14 - 09 - 2020

No.	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:15	[illegible]	N/A	[illegible]	36.4	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
2	6:30	Patricia Lobaton	NA	52[illegible]515	36.3	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
3	6:45	Yackeline Acevedo	NA	2[illegible]2	36.2	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
4	6:45	Erica Ros C.	NA	1014[illegible]92	36.4	36.3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
5	6:50	Andrea Acosta	NA	7[illegible]761	36.2	36.0	NO	X		X		X		X			X		X	X		
6	6:53	Oscar Mario	NA	101[illegible]3	36.3	36.5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
7	6:55	Mauricio Cortes	NA	10[illegible]750	36.1	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
8	655	ANA RINCON	NA	1010[illegible]3	36.2	36.3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
9	6:55	Carolina Ruiz	NA	1010[illegible]962	36.2	36.6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
10	6:[illegible]	[illegible]	NA	10[illegible]	36.2	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
11	7:00	[illegible]	NA	1[illegible]	36.3	36.3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
12	7:10	Lorena Sanchez E	NA	1023[illegible]42	36.3	36.5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
13	7:11	Laura Valencia	NA	1014[illegible]	36.3	36.5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
14	7:11	Tatiana Labrador	NA	10[illegible]	36.4	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
15	7:25	Nubia P Mejia	NA	1032[illegible]	36.4	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
16	7:25	[illegible]	NA	[illegible]	36.3		NO	X		X		X		X			X		X	X		
17	7:39	Oscar Zuñiga	NA	80[illegible]	36.6		NO	X		X		X		X			X		X	X		
18	9:00	Olga Toro	NA	[illegible]	36.2	36.3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
19																						
20																						
21																						

12/09

PROMOCIVILES SAS

NIT 901.001.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-001

Vigencia : 13/04/2020

Pagina: 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 12 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	NO CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRESION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	8:00	OSCAR [illegible]	N/A	1013[illegible]826	36.4	36.3	NO	X		X		X		X		X			X	X		
2	8:01	Mauricio Castro	N/A	1013[illegible]756	36.5	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
3	8:07	Vanessa [illegible]	N/A	[illegible]	36.3	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
4	8:13	Nubia P. Mejia	NA	1032[illegible]	36.5	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

11/09

PROMOVILES SAS

NIT 901.001.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-003

Vigencia : 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 11 - 07 - 2020

No.	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	CONGESTION NASAL SI	CONGESTION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:15	Patricia Labrador	NA	52215515	36	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
2	6:15	Luis O Rubio G.	NA	79614878	36	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
3	6:52	Yackeline A.	NA	21822612363		36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
4	6:52	Elena Rios C.	NA	1015493532	36	36,8	NO	X		X		X		X		X		X		X		
5	6:53	Oscar Zamora	NA	80352440	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
6	6:55	Rubiela Q	NA	1053412812	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
7	6:55	Mauricio Cortes	N/A	1015644156	36,5	36,9	NO	X		X		X		X		X		X		X		
8	6:56	JOHANA BARRERA	N/A	1016672364	36,1	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
9	7:03	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36,3	36,6	NO	X		X		X		X		X		X		X		
10	7:03	OSCAR [illegible]	NA	1015413686	36,4	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
11	7:03	Edna Ramón	NA	1018530923	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
12	7:03	Tatiana Labrador	NA	1032654629	36,2	36,6	NO	X		X		X		X		X		X		X		
13	7:05	Lorena Sanchez R.	NA	1013852409	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
14	7:25	Jhonatan Lara R.	NA	1018857893	36,2	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
15	7:25	Nubia R. Mejia	NA	1032457804	36,1	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
16	9:25	Laura Velandia	NA	1014280491	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
17	11:20	Andrei Lara	Andinalta	80400271	36,3		NO	X		X		X		X		X		X		X		
18	4:10	Nasly Acero E.	N.A	79521224	36,2		NO	X		X		X		X		X		X		X		
19	4:30	Angie Pulido	N.A	53552114	36,2		NO	X		X		X		X		X		X		X		
20	4:30	Carlos Barrera	N/A	79627783	36,3		NO	X		X		X		X		X		X		X		
21																						

124

PROMOVILES SAS

N.T 901.861.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Version: 01

Codigo: GST-001

Vigencia : 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 10 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRESION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Considera que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar el trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1		Juan J Nova	N C	7418783	36.3	36.4			X		X		X		X		X		X	X		
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROMOVILES SAS

NIT 901.001.420-5

Versión: 01

Código: SST-001

Vigencia: 15/04/2020

Página 1 DE 1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

Fecha: 10-09-2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades de sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:10	Hugo O Pulido G	NA	79937488	36.3	36.4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
2	6:20	Patricia Labrador	NA	52321565	36.3	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
3	6:40	OSCAR MOLINA	NA	1015913886	36		NO	X		X		X		X		X			X	X		
4	6:45	Lady Alvarez	NA	52880504	36.6	36.0	NO	X		X		X		X		X			X	X		
5	6,51	Oscar Zamora	NA	80352940	36,3	36,6	NO	X		X		X		X		X			X	X		
6	6:52	Yacke Acevedo	NA	21182612	36.4	36.6	NO	X		X		X		X		X			X	X		
7	6:53	Elena Rios C.	NA	1015413937	36.2	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
8	6:57	Mauricio Castro	NA	79364956	36,5	36,5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
9	6:58	CLAUDIA BASTOS	NA	1016[illegible]	36,2	36,6	NO	X		X		X		X		X			X	X		
10	7:00	Angie Pinedo	NA	1016921633	36.5		NO	X		X		X		X		X			X	X		
11	7:00	Carolina Ruiz	NA	1016245453	36	36.8	NO	X		X		X		X		X			X	X		
12	7:00	Ana Rincón	NA	1016183003	36.2	36.4	NO	X		X		X		X		X			X	X		
13	7	Fabian Fonseca	NA	79976036	36.3	36.2	NO	X		X		X		X		X			X	X		
14	7:01	Gabriela Q	NA	1032[illegible]	36.3	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
15	7:10	Tatiana Labrador	NA	1032[illegible]	36.2	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
16	7:13	Laura Valenzuela	NA	1014[illegible]	36.4	36.4	NO	X		X		X		X		X			X	X		
17	7.25	Juan [illegible]	NA	1016[illegible]	36.3	36.3	NO	X		X		X		X		X			X	X		
18	7:25	Luis F Mejia	NA	1032[illegible]	36.5	36.5	NO	X		X		X		X		X			X	X		
19	7.30	Lorena Sanchez Rojo	NA	1013[illegible]	36.5	36.4	NO	X		X		X		X		X			X	X		
20	10.50	Cristina Bosca	NA	42693[illegible]	36.2	36,4	NO	X		X		X		X		X			X	X		
21		Luis Felipe Chaux	NA	1920376	36,4		NO	X		X		X		X		X			X	X		

PROMOVILES SAS

NIT 901.001.320-6

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Codigo: SST-031

Vigencia: 15/04/2020

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 09 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CÉDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, Mas pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:20	Patricia Labrador	NA	52521515	36,5	36,5	NO	X			X		X		X		X		X	X		
2	6:35	Luis Orlando Pulido	NA	79554513	36,1	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
3	6:49	Vackeline Acevedo	NA	1211826/2	36,2	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
4	6:50	Eliana Rios C.	NA	1019470392	35,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
5	6,51	Oscar Zarnozi	NA	80352140	36,3		NO	X		X		X		X		X		X		X		
6	6:52	Ana Rincón	NA	1018580933	35,9	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
7	7:00	Lorena Sanchez R	NA	1023532401	36,5	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
8	7:02	OSCAR MOYO	NA	1015719856	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
9	7:03	Carolina Ruiz	NA	1010245453	36,2	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
10	7:03	Tatiana Labrador	NA	1032654209	36,2	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
11	7:05	JOHANNA BASTIDAS	NA	1016078536	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
12	7:06	Yolanda Cantor	NA	1013644756	36,3	36,5	NO	X		X		X		X		X		X		X		
13	7:08	Roberth Quenta	NA	1032418282	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
14	7:10	Laura Velandia	NA	1014250494	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
15	7:15	Vivian R. Mejia	NA	1015495053	36,2	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
16	7:15	Thamara Jam Quiroga	NA	1014188493	36,3	36,4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
17	12:00	Luis Prieto	NA	79652036	36,4		NO	X		X		X		X		X		X	X			
18	12:30	Camilo Portela	NA	1105692477	36,1	36,3	NO	X		X		X		X		X		X		X		
19																						
20																						
21																						

PROMOVILES SAS

NIT 901.501.220-6

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01

Código: SST-R01

Vigencia : 15/04/2020

Página 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

CUNDINAMARCA 02-09-2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CÉDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para presentarse a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrias pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	DOLOR DE CABEZA SI	DOLOR DE CABEZA NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Cualquier otra sintomatología que sea motivo de salud para no acudir al trabajo SI	Cualquier otra sintomatología que sea motivo de salud para no acudir al trabajo NO	FIRMA
1	11:58	MERCEDES HOYOS		51795437363				X		X		X		X			X		X			
2	2:37	JOSE RODRIGUEZ		3112717236-5				X		X		X		X			X		X			
3	4:35	[illegible]		[illegible]				X		X		X		X			X		X			
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROMOVILES SAS

NIT 901.601.328-6

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01

Código: SST-001

Vigencia: 15/04/2020

Página 1 de 1

Nombre de quien hace la medición: Carolina Ruiz

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 08 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposicion a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Considera que no encuentra en un buen estado de salud para desarrollar su trabajo. SI	Considera que no encuentra en un buen estado de salud para desarrollar su trabajo. NO	FIRMA
1	6:10	Juan O Pulido G	FIJ34518	N/A	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
2	6:20	Patricia Labrada	52522015	N/A	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
3	6:50	Elena Rios G.	1015173032	NA	36.5	36.7	NO		X		X		X		X		X		X			
4	6:54	Laly Alvarez	52882304	NA	36.5	36.2	NO		X		X		X		X		X		X			
5	6:54	Carolina Ruiz	1010245453	NA	36,2	36,7	NO		X		X		X		X		X		X			
6	6:57	OSCAR HOYOS	1013+30286	N/A	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X			
7	6:58	Anca Kinzen	1010855913	NA	35.7	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
8	7:	Andres Acosta	1010	N/A	36.2	36.1	NO		X		X		X		X		X		X			
9	7:00	Henrietta Cortes	1013447341	N/A	36.6	36.5	NO		X		X		X		X		X		X			
10	7:00	Yachelina A	21156201	N/A	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X			
11	7:22	Oscar Zuñiga	80352440		36,3		NO		X		X		X		X		X		X			
12	7:05	Tatiana Labrada	1030854624	NA	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X		X			
13	7:05	Chris Orozco	1016078504	NA	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X			
14	7:10	Roberth H. Ortiz	1052478512	NA	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X			
15	7:15	Laura R Mejia	1.039.038.031	NA	36.2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X			
16	7:15	Jhonatan Cano C	1014055093	N/A	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
17	7:24	Lorena Sanchez R	1023452403	NA	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X			
18	7:26	Laura Valencia	1014221794	NA	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X			
19	8:14	Liliana Lopez A	1 2021	N/A	36.4		NO		X		X		X		X		X		X			
20	9:10	Carlos Munoz	NA	1020393322	36.3		NO		X		X		X		X		X		X			
21	10:54	Angela Tirado	NO	1014221[illegible]	36.5	36.2	NO		X		X		X		X		X		X			

PROMOVILES SAS

NIT 901.081.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01

Codigo: SST-001

Vigencia : 13/04/2020

Página 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

FECHA: 07 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		DESCOMPOSICION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	7:20	Jose Rodriguez		1091710778					X		X		X		X		X		X		X	
2	7:30	Alba Tomas		52269743	36.3	36.5			X		X		X		X		X		X		X	
3	7:25	Edwin Hdz		6774347	36.2				X		X		X		X		X		X		X	
4									/		/		/		/		/		/		/	
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROMOCIVILES SAS

NIT 901.007.320-5

Versión: 01

Código: SST-001

Vigencia: 13/08/2020

Página: 1 DE 1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

DIANEXIA: 07 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:15	Ruth C Rolde C	NA	29134578	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
2	6:25	Patricia Labrador	NA	52521515	36.2	36.2	NO		X		X		X		X		X		X	X		
3	6:42	Carolina Ruiz	NA	1016245453	36.1	36.6	NO		X		X		X		X		X		X	X		Carolina Ruiz
4	6:48	Oscar Fonseca	NA	80352940	36.3		NO		X		X		X		X		X		X	X		
5	6:50	Ana Rincón	NA	1006150093	36.2	36.3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
6	6:55	Alvaro Acuña	NA	7.187.011	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
7	6:58	Eduardo Cruz	NA	1036427476	36.3	36.0	NO		X		X		X		X		X		X	X		
8	6:59	Flor Rios	NA	1037472382	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		Flor Rios
9	6:59	Oscar Mayo	NA	1015413566	36.3	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
10	7:05	Lorena Sanchez R.	NA	1023952401	36.2	36.4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
11	7:08	Roberth Q.	NA	1032418312	36.3	36.4	NO	X		X		X		X		X		X		X		
12	7:11	Tatiana Londoño	NA	1036836634	36.1	36.3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
13	7:12	Laura Valencia	NA	1042824491	36.4	36.3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
14	7:20	Yuran R Mejia	NA	1037[illegible]	36.3	36.5	NO		X		X		X		X		X		X	X		Yuran Mejia
15	7:20	Jhonatan [illegible]	NA	1040[illegible]	36.3	[illegible]	NO		X		X		X		X		X		X	X		
16	7:30	JOHANA SARMIENTO	NA	1010[illegible]	36.4	36.7	NO		X		X		X		X		X		X	X		JOHANA
17	8:00	Camilo Pacheco	NA	1105[illegible]	37.2		NO		X		X		X		X		X		X	X		Camilo Pacheco
18	9:30	Lady Alvarez	NA	1128[illegible]	36.5	36.3	NO		X		X		X		X		X		X	X		Lady
19	9:30	Mónica Pinzón	NA	52461922	36.3	36.2	NO		X		X		X		X		X		X	X		Mónica P.
20		Angela Pinzón	NO	1014[illegible]	36.2		NO		X		X		X		X		X		X	X		
21		Maderi Ayala	N	71[illegible]	36.5		NO		X		X		X		X		X		X	X		

PROMOTIVILES SAS

NIT 901.001.339-3

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Codigo: SST-001
Vigencia : 15/04/2020
Pagina 1 De 1

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

DIARIO DE: 04 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:10	Paloma Laborda	NA	52521515	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
2	6:25	Lorena Sanchez	NA	1023915244	36,2	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
3	6:25	Luis C Ruiz	NA	79854171	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
4	6:25	Ana Rincon	NA	1010185303	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
5	6:55	Yackelin Acevedo	NA	21882612	36,3	36,7			X		X		X		X		X		X	X		
6	6:56	Oscar Francisco	NA	80352440	36,5	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
7	7:00	Andrea Ara	Aux	7688716	36,4	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
8	7:00	Carolina Ruiz	NA	1018245473	36,3	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
9	7:00	Nancy G T	NA	1013164436	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
10	7:02	JOHANNA BASTIDAS	NA	1018076854	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
11	7:03	Tatiana Laborda	NA	1030855824	36,2	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
12	7:05	Eliana Rios G	NA	1019471352	36,2	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
13	7:07	Deliseth G.	NA	1032412982	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X					
14	7:10	OSCAR ROJAS	NA	10.541.388	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
15	7:15	Vivian R Mejia	NA	1032413892	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
16	7:15	Jhonatan Andres Quiroga	NA	1049036413	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
17	7:19	Laura Elena	NA	1042364944	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
18		Olga Torres	NA	52369																		
19																						
20																						
21																						

PROMCIVILES SAS

NIT 901.031.226-9

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01 | Codigo: SST-001 | Vigencia : 15/04/2020 | Pagina 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

DIA/MES/AÑO: 03 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19. Diabetes, Cáncer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:18	Patricia Labrada	NA	52524510	36,2	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	O		
2	6:23	Luis O Ruiz	N/A	79515491	36,3	36,4	No	X		X		X		X			X		X	X		
3	6:40	Lady Alvarez	N.A	52538504	36,2	36,3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
4	6:51	Carolina Ruiz	NA	1014245455	36,2	36,5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
5	6:53	Elena Ruiz C.	NA	1014247338	36,3	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
6	6:53	Roberth C.	N/A	1152 [illegible]	36,4	36,8	NO	X		X		X		X			X		X	X		
7	6:54	Angela Patricia P	NA	1019022158	36	36,6	NO	X		X		X		X			X		-	-		
8	6:58	Yackelin A	N.A	1118262412	36,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
9	7:00	DIANA [illegible]	N/A	1016 [illegible]	36,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
10	7:00	Ana Rincon	N/A	1018188213	36,2	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
11	7:02	Tatiana Labrada	NA	1136.596 [illegible]	36,2	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
12	7:14	Viviana P Mejia	NA	1036 [illegible]	36,2	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
13	7:14	Jessica Le Borgia	N.A	[illegible]	4,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
14	7:15	Alberto Leiva	NA	1013 [illegible]	36,5	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
15	7:15	Laura Valencia	NA	1014250491	36,3	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
16	7:25	Lorena Sanchez	NA	1022352401	36,3	36,4	NO	X		-		-		-			-		-	-		
17	8:20	Glor Tam	NA	52269174	36,3	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
18	10:50	Gustavo Tam	N/A	80253472	36,4		NO	X		X		X		X			X		X	X		
19	11:36	MONICA ROMERO	NA	52461922	36,4	36,5	NO	X		X		X		X			X		X	✓		
20	2:30	Luis Gonzalez		1026290301	36,2		NO	X		X		X		X			X		X			
21		Oscar Blanco	NA	80352490	36,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X			

PROMOVILES S.A.S	PROMOVILES SAS	Versión: 01
	NIT 901.031.326-3	Código: SST-001
	FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA	Vigencia : 15/04/2020
		Página 1 DE 1

FORMATO REGISTRO MEDICIÓN DE TEMPERATURA

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX ADMINISTRATIVO

DIA/MES/AÑO: 02 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	3 00	LUIS CARLOS ACOSTA SILVA		7153122	36,7				X		X		X		X		X		X		X	
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

PROMOVILES SAS

NIT 901.091.320-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Version: 01 | Codigo: RST-001 | Vigencia : 15/04/2020 | Pagina 1 DE 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

DIA/MES/AÑO: 02 - 09 - 2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposicion a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, Asma, fibras pulmonares - EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE SI	FIEBRE NO	TOS SI	TOS NO	SECRECION NASAL SI	SECRECION NASAL NO	FATIGA SI	FATIGA NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI	DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO	MALESTAR GENERAL SI	MALESTAR GENERAL NO	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. SI	Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo. NO	FIRMA
1	6:20	Patricia Labrador	Na	52521515	36.3		No	X		X		X		X			X		X	X		
2	6:20	Luis C Rubio G	NA	79554385	36.3		No	X		X		X		X			X		X	X		
3	6:58	Yackeline A	NA	7118261736	36,5		No	X		X		X		X			X		X	X		
4	6:58	Oscar Zuñiga	NA	80352947	36,3	36,7	No	X		X		X		X			X		X	X		
5	6:58	Andrei Acosta	N/A	7184761	36,7	36.0	NO	X		X		X		X			X		X	X		
6	6:59	Roberth Q.	N.A	1032418	36	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
7	7:00	Johana Sabino	N/A	1016	36,3	36,5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
8	7:00	Ana Rincon	N/A	1001	36,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
9	7:01	Oscar [illegible]	N/A	1019	36,3		No	X		X		X		X			X		X	X		
10	7:03	Elena Rios	NA	1019	36,3	36,5	NO	X		X		X		X			X		X	X		
11	7:04	Tatiana Labrador	NA	1030	36,2	36,3	NO	X		X		X		X			X		X	X		
12	7:04	Mauricio Ortiz	N/A	1019	36,4	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
13	7:05	Carolina Ruiz	NA	1010	36,2	36,6	NO	X		X		X		X			X		X	X		
14	7:07	Lorena Sanchez Rojas	NA	1018	36,2	36,3	No	X		X		X		X			X		X	X		
15	7:10	Julian R Mejia	NA	1013	36,2		NO	X		X		X		X			X		X	X		
16	7:15	Laura Valencia	NA	1019	36,2	36,4	NO	X		X		X		X			X		X	X		
17	7:23	Jaime Bustos	NA	79663			NO	X		X		X		X			X		X	X		
18		Alejandro Vallejo	N/A	7510			NO	X		X		X		X			X		X	X		
19	8:57	Nidia Romero	NA	52461922	36,2	36,2	NO	X		X		X		X			X		X	X		
20	8:57	Lady Alvarez	NA	5785	36,3	36,2	NO	X		X		X		X			X		X	X		
21	8:05	Jhonatan [illegible]	NA	1019	36,3		NO	X		X		X		X			X		X	X		

PROMOTILES SAS

NIT 901.001.520-5

FORMATO REGISTRO MEDICION DE TEMPERATURA

Versión: 01
Codigo: SST-001
Vigencia : 15/04/2020
Pagina 1 de 1

Nombre de quien hace la medición: CAROLINA RUIZ

Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

FECHA: 01-09-2020

No	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CONTRATISTA	No CEDULA	°C ENTRADA	°C SALIDA	Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposicion a COVID-19: Diabetes, Cancer, HTA, Enfermedad Cardiaca, asma, fibrosis pulmonares – EPOC, mayor de 60 años, enfermedades del sistema inmune.	FIEBRE		TOS		SECRECION NASAL		FATIGA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		MALESTAR GENERAL		Certifico que me encuentro en un buen estado de salud para desarrollar mi trabajo.		FIRMA
								SI	NO	SI	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	6:15	Patricia Labrador		52521513	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
2	6:15	Luis O Ruiz G	NA	79[illegible]1	36,1	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
3	6:50	Elida Rios	NA	1018[illegible]32	36,4	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
4	6:52	Yackeline A	NA	2118266[illegible]	36,5	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
5	6:57	Lorena Sanchez	NA	1023[illegible]	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
6	6:58	JOHANNA BARRIOS	NA	10[illegible]	36,3	36,5	NO		X		X		X		X		X		X	X		
7	6:59	Carolina Ruiz	NA	1010245455	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
8	7:04	Tatiana Labrador	NA	1030[illegible]	36,2	36,7	NO		X		X		X		X		X		X	X		
9	7:04	Mauricio Cañas	NA	10[illegible]	36,2	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
10	7:08	Ana Rincón	NA	1010[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
11	7:08	Oscar Mora	NA	10[illegible]	36,3	36,7	NO		X		X		X		X		X		X	X		
12	7:[illegible]	[illegible]	NA	1032[illegible]	36,3	36,3	NO		X		X		X		X		X		X	X		
13	7:13	[illegible]	NA	10[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
14	7:13	Diana R. Mejia	NA	10[illegible]	36,3	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
15	7:15	Andres [illegible]	-	7181761	36,5	36,6	NO		X		X		X		X		X		X	X		
16	7:16	Oliver Valencia	NA	10[illegible]	36,2	36,4	NO		X		X		X		X		X		X	X		
17	9:16	Liliana [illegible] Aguilera	NA	36292134	36,4	36,7	NO		X		X		X		X		X		X	X		
18	11:00	Angela Parra	NA	10[illegible]	36,2	36,7	NO		X		X		X		X		X		X	X		
19	14:30	DANIEL CASTRO C.	N/A	80194680	36,3		NO		X		X		X		X		X		X	X		
20	[illegible]	Luis Ramos	NA	[illegible]	[illegible]		NO		X		X		X		X		X		X	X		
21	[illegible]	[illegible]		80[illegible]	36,2				X		X		X		X		X		X	X		
22		Oscar Zornoza		80 352946	36,3				X		X		X		X		X		X	X		

Anexo 3.

FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

PROMICIVILES S.A.S	PROMICIVILES SAS NIT 901.001.320-5 FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION (Almacen, oficina, baños, lavamanos, areas comunes)	Versión: 01 Codigo: SST-001 Vigencia : 15/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Responsable de la limpieza y desinfeccion: Ana Rincón | OBRA: N/A | CARGO: Servicios generales | SEMANA:

SITIO: Oficina | Codigo Equipo (SI APLICA): / | Descripcion de equipo (SI APLICA): / | DESDE 28 09 20 HASTA 02 10 20

No	Area de limpieza	LUNES B	LUNES D	LUNES N/A	MARTES B	MARTES D	MARTES N/A	MIERCOLES B	MIERCOLES D	MIERCOLES N/A	JUEVES B	JUEVES D	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES D	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO D	SABADO N/A	DOMINGO B	DOMINGO D	DOMINGO N/A	OBSERVACIONES
1	Puerta divisiones	X			X			X			X			X									
2	Llaves para abrir puertas o cajones	X			X			X			X			X									
3	Sillas, mesa estantes, controles de mando de maquinaria o vehiculo	X			X			X			X			X									
4	Ventanas	X			X			X			X			X									
ALMACEN Y OFICINA																							
6	Interruptor de luz	X			X			X			X			X									
7	Pantalla de computador, teclado, mouse, pad mouse, base para el computador, cargador de computador	X			X			X			X			X									
8	Archivador general	X			X			X			X			X									
9	Elementos de oficina area comun(cosedora, grapadora, perforadora	X			X			X			X			X									
BAÑO - LAVAMANOS																							
10	Lavado minimo 2 veces al dia de los lavamanos con jabon desinfectante	X			X						X			X									
11	Lavado de baños 3 veces a la semana	X			X						X			X									
12	Desinfeccion de manija y seguro de puerta, cisterna , espejo	X			X						X			X									
13	Divisiones de baño	X			X						X			X									
Areas comunes																							
13	Pisos	X			X			X			X			X									
14	Impresora	X			X			X			X			X									
15	Recepción	X			X			X			X			X									
16	Cocina	X			X			X			X			X									
17	Lavers	X			X			X			X			X									
18	Horno	X			X			X			X			X									
19	Dispensador de Agua	X			X			X			X			X									

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE SST | FIRMA AREA AMBIENTAL | FIRMA PRESIDENTE

PROMCIVILES S.A.S

PROMCIVILES SAS

FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
(Almacen, oficina, baños, lavamanos, areas comunes)

Versión: 01
Codigo: SST-001
Vigencia : 16/04/2020
Pagina: 1 DE 1

Responsable de la limpieza y desinfeccion: Ana Rincón | OBRA: N/A | CARGO: Seguridad y salud en el trabajo

SITIO: Oficina | Codigo Equipo (SI APLICA): / | Descripcion de equipo (SI APLICA): / | SEMANA: DESDE 21 09 20 HASTA 25 09 20

No.	Area de limpieza	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERCOLES B	MIERCOLES M	MIERCOLES N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A	DOMINGO B	DOMINGO M	DOMINGO N/A	OBSERVACIONES
1	Puerta divisiones	X			X			X			X			X									
2	Llaves para abrir puertas o cajones	X			X			X			X			X									
3	Sillas, mesa estantes, controles de mando de maquinaria o vehiculo	X			X			X			X			X									
4	Ventanas	X			X			X			X			X									
ALMACEN Y OFICINA																							
6	Interruptor de luz	X			X			X			X			X									
7	Pantalla de computador, teclado, mouse, portátil, base para el computador, cargador de computador	X			X			X			X			X									
8	Archivador general	X			X			X			X			X									
9	Elementos de oficina área cosedora, grapadora, perforadora	X			X			X			X			X									
BAÑO - LAVAMANOS																							
10	Lavado mínimo 2 veces al día de los lavamanos con jabon desinfectante	X			X			--			X			X									
11	Lavado de baños 3 veces a la semana	X			X			--			X			X									
12	Desinfección de manija y seguro de puerta, cisterna espejo	X			X			--			X			X									
13	Divisiones de baño	X			X			--			X			X									
Areas comunes																							
13	Pasos	X			X			X			X			X									
14	Impresora	X			X			X			X			X									
15	Recepción	X			X			X			X			X									
16	Cocina	X			X			X			X			X									
17	Lockers	X			X			X			X			X									
18	Horno	X			X			X			X			X									
19	Dispensador de agua	X			X			X			X			X									

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA AREA AMBIENTAL

FIRMA ING. RESIDENTE

PROMCIVILES S.A.S

PROMCIVILES SAS
NIT 901.001.320-5
FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
(Almacen, oficina, baños, lavamanos, areas comunes)

Versión: 01
Codigo: SST-001
Vigencia : 15/04/2020
Pagina: 1 DE 1

Responsable de la limpieza y desinfeccion: Ana C. Rincón | OBRA: N/A | CARGO: Servicios generales

SITIO: Oficina | Codigo Equipo (SI APLICA): N/A | Descripcion de equipo (SI APLICA): N/A | SEMANA: DESDE 14 09 20 HASTA 18 09 20

No	Area de limpieza	LUNES B	LUNES M	LUNES N/A	MARTES B	MARTES M	MARTES N/A	MIERCOLES B	MIERCOLES M	MIERCOLES N/A	JUEVES B	JUEVES M	JUEVES N/A	VIERNES B	VIERNES M	VIERNES N/A	SABADO B	SABADO M	SABADO N/A	DOMINGO B	DOMINGO M	DOMINGO N/A	OBSERVACIONES
1	Puerta divisiones	X			X			—			X			X									
2	Llaves para abrir puertas o cajones	X			X			—			X			X									
3	Sillas mesa estantes, controles de mando de maquinaria o vehiculo	X			X			—			X			X									
4	Ventanas	X			X			—			X			X									
ALMACEN Y OFICINA																							
6	Interruptor de luz	X			X			X			X			X									
7	Pantalla de computador, teclado, mouse pad mouse base para el computador, cargador de computador	X			X			X			X			X									
8	Archivador general	X			X			X			X			X									
9	Elementos de oficina area comun(cosedora, grapadora, perforadora	X			X			X			X			X									
BAÑO - LAVAMANOS																							
10	Lavado minimo 2 veces al dia de los lavamanos con jabon desinfectante	X			X			X			X			X									
11	Lavado de baños 3 veces a la semana	X			X			X			X			X									
12	Desinfeccion de manija y seguro de puerta, cisterna	X			X			X			X			X									
13	Divisiones de baño	X			X			X			X			X									
Areas comunes																							
13	Pisos	X			X			X			X			X									
14	Impresora	X			X			X			X			X									
15	Recepción	X			X			X			X			X									
16	Cocina	X			X			X			X			X									
17	Lokers	X			X			X			X			X									
18	Horno	X			X			X			X			X									
19	Dispensador de agua	X			X			X			X			X									

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE SST

FIRMA AREA AMBIENTAL

FIRMA ING. RESIDENTE

PROMCIVILES S.A.S	PROMCIVILES SAS NIT 901.091.320-5 FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION (Almacen, oficina, baños, lavamanos, areas comunes)	Versión: 01 Codigo: SST-001 Vigencia : 15/04/2020 Pagina 1 DE 1

Responsable de la limpieza y desinfeccion: Ana C. Rincón | OBRA: N/A | CARGO: Servicios generales.

SITIO: Oficina | Codigo Equipo (SI APLICA): N/A | Descripcion de equipo (SI APLICA): N/A | SEMANA: DESDE 07-09-20 HASTA 11-09-20

No.	Area de limpieza	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	
1	Puerta-divisiones	X			X			—			X			X									
2	Llaves para abrir puertas o cajones	X			X			—			X			X									
3	Sillas, mesa, estantes, controles de mando de maquinaria o vehiculo	X			X			—			X			X									
4	Ventanas	X			X			—			X			X									
ALMACEN Y OFICINA																							
6	Interruptor de luz	X			X			—			X			X									
7	Pantalla de computador, teclado, mouse, pad mouse, base para el computador, cargador de computador	X			X			X			X			X									
8	Archivador general	X			X			X			X			X									
9	Elementos de oficina area comun(cosedora, grapadora, perforadora	X			X			X			X			X									
BAÑO - LAVAMANOS																							
10	Lavado minimo 2 veces al dia de los lavamanos con jabon desinfectante	X			X			—			X			X									
11	Lavado de baños 3 veces a la semana	X			X			—			X			X									
12	Desinfeccion de manija y seguro de puerta, cisterna , espejo	X			X			—			X			X									
13	Divisiones de baño	X			X			—			X			X									
Areas comunes																							
13	Pisos	X			X			X			X			X									
14	Impresora	X			X			X			X			X									
15	Recepción	X			X			X			X			X									
16	Cocina	X			X			X			X			X									
17	Lockers	X			X			X			X			X									
18	Horno	X			X			X			X			X									
19	Dispensador de agua	X			X			X			X			X									

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE SST | FIRMA AREA AMBIENTAL | FIRMA ING. RESIDENTE

ANEXO 3.

IMPLEMENTACIÓN MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Guía de Acta de Verificación Mensual del VIGIA SST

I_____
Fecha 30 septiembre de 2020
septiembre
Verificación. Ord. ____ Ext. ____

En la Ciudad de Bogotá , siendo las 8 horas, del día 30 de septiembre de 2020,, el vigía SST efectúa acta de las actividades realizadas, conforme a lo dispuesto en están reglamentados como obligatorios por la Legislación:

- Decreto 614 de 1.984 Dicta las bases para la organizacion y administración de la Salud Ocupacional en Colombia. Articulos 25 y 26: Obligación de constituir Comités de Medicina Higiene y seguridad Industrial.
- Resolución 2013 de 1.986. Reglamenta la Organización y Funcionamiento de los Comites de Medicina Higiene y Seguridad Industrial.
- Resolución 1016 de 1.989 Artículo 5, literal d), Determina el funcionamiento de los Comités de Medicina Higiene y Seguridad Industrial como uno de los componentes del Programa de Salud Ocupacional. Articulo 10 . numeral 2.2.9 Define como una de las actividades de los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo. colaborar con el Comité de Medicina Higiene y Seguridad Industrial
- Decreto 1295 de 1 994. Modifica el nombre a Comité Paritario de Salud Ocupacional. crea la figura del vigia Ocupacional (en reemplazo del Comité paritario en aquellas empresas que tengan menos de 10 trabajadores). fija en (2) dos años. la vigencia de los periodos de los Comités paritarios y determina la obligatoriedad de proporcionar a los miembros representantes del Comité al menos (4) cuatro horas semanales dentro de la jornada laboral normal de trabajo para actividades propias del funcionamiento del Comité.

LECTURA DEL ACTA ANTERIOR – COMPROMISOS CUMPLIDOS

NA

SEGUIMIENTO DE LOS AT

En el mes de septiembre de 2020 la accidentalidad fue cero.

Accidentes 0 Incidentes 0 Enfermedades de Trabajo 0

Casos Covid 0

SEGUIMIENTO DE INSPECCIONES

Conforme la Resolución 2400 de 1979 "Estatuto de Seguridad Industrial", decreto 614 de 1984, y Resolución 1016 de 1989 y Resolución 2013 de 1986: las cuales son componentes activos dentro del SGSST, como herramienta vital para la identificación de los factores de riesgos y ofrecimiento de medidas preventivas y de control. hacia el mantenimiento de condiciones de salud y de trabajo en la población laboral y aseguramiento del cuidado de los bienes del Consorcio Parque Timiza

En las inspecciones realizadas se evidencia el cumplimiento de los procedimientos conforme las normas y acorde a la legislación aplicable al Consorcio

Lady Almanza Castillo

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: FORM-SST-005
	ASISTENCIA A CAPACITACIÓN	VERSION 1
		11/06/2020

PLANILLA DE ASISTENCIA CAPACITACION

TEMA: Generalidades de la empresa,Sistema General de Seguridad Social,Politicas sst y Prevención ATEL, Notificación de riesgos,Plan de Emergencias,procedimientos de trabajo seguro y señalización, Divulgación PAPSO

FECHA: Sept 12020 HORA INICIO: 8:00 am HORA FINALIZACION: 9:00 am

No.	NOMBRE	CEDULA	RAZON SOCIAL	CARGO	TELÉFONO	FIRMA
1	Luis Orlando Rojas Garcia	79554518	Provaciviles	Director Obra	—	
2	Wilmer Andres Acosta C.	7181761	Consorcio P99	Residente Obra cap	3118267609	
3	Oscar Mauricio Moya R.	1015413086	Promotora Puga.	Residente obra	3203406023	
4	Lady Alexandra Almanza C.	52880004	Promotora Puga	Residente SSTMA	3134170228	
5	Angela Rocio Piñeros	1018422158	Provaciviles	Residente Social	301 6062008	Angela Rocio Piñeros
6						
7						
8						
9						
10						

NOMBRE FACILITADOR: Lady Almanza FIRMA FACILITADOR:

	INSPECCION EXTINTORES	Codigo: FORM-SST-016 Versión: 01 Fecha: 11/06/2020

Lugar de la inspección: Oficina Principal
Area de trabajo especifica a inspeccionar: Administrativa
Nombre de quien realiza la Inspección: Luis Almanza Cargo: Profesional SST
Fecha de realización de la inspección 30 Sept. 2020 Fecha próxima inspección: 30 Octubre 2020

NUMERO	TIPO DE EXTINTOR	CAPACIDAD	FECHA DE PROXIMA RECARGA	UBICACIÓN	CONDICIONES DEL EXTINTOR																	
					ESTA EN SU LUGAR		VIA DE ACCESO LIBRE		PRESIÓN		SELLO DE GARANTIA		MANOMETRO		MANIJA		MANGUERA		PINTURA		SEÑALIZACION DEMARCACION	
					SI	NO	SI	NO	BIEN	MAL	SI	NO	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
1	Solkaflam	10 Lb	Feb/21	Entrada	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
2	Solkaflam	10 Lb	Feb/21	Ingreso	X		X		X		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES

INSPECCION BOTIQUÍN Y CAMILLA

Codigo: FORM-SST-017
Versión: 01
Fecha: 11/06/2020

Lugar de la inspección: Oficina Principal.
Area de trabajo especifica a inspeccionar: Administrativa
Nombre de quien realiza la Inspección: Lady Jimenez. **Cargo:**
Fecha de realización de la inspección: **Fecha próxima inspección:**

			BOTIQUIN 1: UBICACIÓN Entrada of		BOTIQUIN 2: UBICACIÓN Recepción		BOTIQUIN 3: UBICACIÓN Archivo		BOTIQUIN 4: UBICACIÓN	
ELEMENTOS	PRESENTACION	CANTIDAD	FALTA	OBSERV.	FALTA	OBSERV.	FALTA	OBSERV	FALTA	OBSERV.
Alcohol antiseptico frasco por 250 ml	Frasco	1		OK		OK		OK		
Bajalenguas	Unidad	10		OK		OK		OK		
Curitas	Caja x 20 unidades	1		OK		OK		OK		
Elemento de barrera para RCP	Unidad	1		OK		OK		OK		
Gasas estériles	Caja x 12 sobres de 2 gasas c/u	1		OK		OK		OK		
Guantes de látex o nitrilo	Unidad	10 pares		OK		OK		OK		
Jabón quirúrgico	Frasco	1		OK		OK		OK		
Micropore 24"	Rollo	1		OK		OK		OK		
Tijeras de punta roma	Unidad	1		OK		OK		OK		
Venda elástica 3" x 5 vardas	Unidad	1		OK		OK		OK		
Venda elástica 5" x 5 vardas	Unidad	1		OK		OK		OK		
OBSERVACIONES:										

	CAMILLA 1 UBICACIÓN Entrada Ofic.				CAMILLA 2 UBICACIÓN					
INSPECCION	BUENO	MALO	FALTA	OBSERV.	BUENO	MALO	FALTA	OBSERV		
Estado de las correas de amarre.	✓									
Fisuras en la Tabla	NA									
Manijas de Agarre	✓									
Se encuentra en Lugar Visible	✓									
Se encuentra rotulada	✓									
Estado General	OK									
OBSERVACIONES:	La Camilla Se encuentra en buen estado y en Lugar Visible									

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD PLANEADAS	CODIGO: FORM-SST-010 VERSIÓN: 01 FECHA: 11/06/2020 PÁGINA 1 DE 1

AREA: Oficina.

FECHA: 30 sept/2020 HORA: 9:00 am

REALIZADA POR: Lady Almanza

FIRMA

	CALIFICACIÓN			
	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1. CONDICIONES GENERALES				
Los puestos de trabajo son adecuados para realizar la labor a desarrollar	✓			
Las paredes están limpias y en buen estado	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado, limpias, sin impedir la entrada de luz natural	✓			
El sistema de iluminación está mantenido de forma eficiente y limpio	✓			
Las señales de seguridad están visibles, y correctamente ubicadas	✓			
Hay extintores ubicados en las oficinas o en un punto cercano, de fácil accesibilidad	✓			
2. SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos están limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	✓			
Las vías de circulación de personas y vehículos están señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de tránsito están libres de obstáculos	✓			
Las escaleras están limpias, en buen estado, libres de obstáculos y con sus respectivos pasamanos	✓			
3. ALMACENAJE				
Las áreas de almacenamiento y depósitos de materiales están señalizados	✓			
Los materiales y agentes químicos se encuentran correctamente almacenados e identificados	✓			
Los elementos están colocados en su sitio, sin invadir zonas de paso	✓			
Los elementos de trabajo se colocan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
4. EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario			✓	
Se encuentra libre de filtraciones de aceites y grasas			✓	
Poseen las protecciones adecuadas y dispositivos de seguridad			✓	
5. PRODUCTOS QUIMICOS				
Están los agentes químicos debidamente etiquetados	✓			
En las estanterías, están solo los productos de uso continuo o inmediato	✓			
Se almacenan en estanterías especialmente indicados para ello	✓			
Están las mesas o lugares de trabajo limpias de derrames de productos	✓			
Existen materiales absorbentes específicos para recoger posibles derrames	✓			
6. ELEMENTOS DE TRABAJO " HERRAMIENTAS, PAPELERIA "				
Están almacenados en lugares adecuados	✓			
7. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se suministran los elementos de protección personal acorde al cargo, de forma oportuna	✓			
Se guardan los elementos de protección personal, en lugares adecuados para tal fin	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado los elementos de protección personal	✓			
Cuando son desechables, se depositan en recipientes adecuados para tal fin	✓			

8. RESIDUOS				
Los recipientes están colocados próximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Están claramente identificados los recipientes de residuos	✓			
Los residuos inflamables se colocan en recipientes cerrados			NA	
Se evita el rebose de los recipientes	✓			
La zona de alrededor de los contenedores de residuos está limpia	✓			
Existen los medios de limpieza a disposición del personal del área	✓			
9. CONDICIONES ERGONÓMICAS				
La silla de trabajo cuenta con los cinco apoyos requeridos y las ruedas están en buenas condiciones de forma que faciliten el desplazamiento?	✓			
La silla cuenta con sistema de graduación de altura y este funciona correctamente?	✓			
La silla permite la graduación del espaldar en profundidad y este está funcionando graduado de forma que permita el apoyo de la región lumbar del usuario?			NA	
El acolchado y tapizado de la silla es cómodo y está en buenas condiciones, no roto o con desgaste excesivo y libre de mugre o suciedad	✓			
Se requiere el uso de apoya pies? Se puede necesitar cuando al estar sentado sus pies no se apoyan sobre el piso	✓			
El monitor esta ubicado entre 50 y 60 centímetros de distancia del usuario y la parte superior de la pantalla esta a una altura similar a la de los ojos, o ligeramente más baja?	✓			
El teclado y el mouse se adaptan adecuadamente a los brazos y manos del usuario	✓			
La mesa de trabajo cumple con la altura entre 70 y 75 cm	✓			
El espacio de debajo de la mesa permite la ubicación cómoda de los miembros inferiores y permite los movimientos que deben realizar para desplazamientos, movimientos para levantarse y sentarse y los	✓			
Se Mantiene libre de elementos bajo la mesa de trabajo? EJ: No debe estar obstruido por objetos tales como cajas A-Z, fólderes, papeleras entre otros	✓			
El trabajo requiere y obliga a estar de pie continuamente durante la jornada?	✓			
Los elementos de trabajo adicionales como: teléfonos, elementos de escritorio etc. se mantienen dentro del plano de trabajo sin que implique desplazamientos, posturas incomodas o agacharse para acceder a ellos?	✓			
La pantalla o monitor se ubica en posicion que evite los reflejos?	✓			
La parte superior de la pantalla se ubica a nivel de los ojos? En el caso de portátiles se ubican sobre bases de soporte o se usan monitores auxiliares?	✓			
En la mesa de trabajo hay el espacio para apoyar los brazos?	✓			
Cuando escribe o pulsa el Mouse sus antebrazos están paralelos al piso y apoyados en la mesa?	✓			
El teclado y el mouse están a la misma altura y uno al lado del otro?	✓			
Cuando escribe o pulsa el Mouse, sus codos permanecen al lado del cuerpo?	✓			
Sus muñecas permanecen derechas cuando escribe?	✓			
Ha recibido entrenamiento en ergonomía por parte de su empleador?	✓			
10. CONDICIONES DE HERRAMIENTAS DE MANO Y FUERZA MOTRIZ				
Las herramientas con filo, agudo o punta aguda, tienen algun tipo de resguardo para el filo?			NA	
Las herramientas están hechas de material resistente, de acuerdo al uso?			NA	
Se encuentra herramienta abandonada en lugares por donde transiten personas?			NA	
Las herramientas que usan electricidad están siendo utilizadas adecuadamente?			NA	
Las herramientas (y su mango) tienen la forma, peso y dimensiones adecuadas al trabajo a realizar?			NA	
Se realiza mantenimiento a las Herramientas manuales?			NA	
Se realizan revisiones periódicas de herramientas?			NA	
Las condiciones de limpieza de las herramientas es la adecuada?			NA	
Se cuenta con un sitio de almacenamiento adecuado para las herramientas?			NA	
Se cuenta con los aislamientos eléctricos (polo a tierra)?			NA	
El personal se encuentra capacitado en la operacion de las herramientas?			NA	
Los operadores cuentan con espacio suficiente para manipular los equipos?			NA	
Están señalizadas (amarillo-negro) las secciones de la maquinaria o equipo que puede generar daños como golpes, atrapamiento, etc			NA	

11. INSPECCIÓN DE CONDICIONES LOCATIVAS				
La construcción se encuentra en buenas condiciones y garantiza la seguridad de las personas?	✓			
Existen condiciones de orden y limpieza?	✓			
Se cuenta con las condiciones de saneamiento básico (control de alimentos, plagas, basuras etc.)?	✓			
Las dimensiones internas en cuanto a extensión superficial y capacidad, son adecuadas para la colocación de equipos?	✓			
Los trabajadores tienen el espacio adecuado para realizar eficientemente el trabajo (mínimo 2 m2 y 3 m de altura)?	✓			
Las salidas se encuentran sin obstáculos y son lo suficientemente amplias?	✓			
Las dimensiones son adecuadas (altura mínima al techo 3m y ancho recomendado de 7m)?	✓			
Se cuenta con boliquin canillas plásticas	✓			
Se encuentran grietas visibles en las paredes?			✓	
Hay agua potable?	✓			
Se aislan y demarcan las zonas peligrosas (balizamiento)?			✓	
Se señalizan los puestos de operación peligrosos?			✓	
Se encuentran demarcadas las zonas restringidas?	✓			
Las escaleras cuentan con pasa-manos en los dos costados?	✓			
las instalaciones cuentan con señalización de la ruta de evacuación?	✓			
Los techos y techos falsos se encuentran en buenas condiciones?	✓			
Las tomacorrientes se encuentran en buen estado?	✓			
Toda la tubería se encuentra señalizada y pintada?	✓			
Las valvulas y grifos cuentan con indicadores de apertura?	✓			
Hay servicio sanitario (Baños) para los funcionarios, independiente de los estudiantes	✓			
Los espacios utilizados para su trabajo permanecen en buen estado de limpieza y desinfección	✓			
El lugar de acceso al sitio de trabajo es adecuado no resbalardizo y con pasamanos (si hay, escaleras)	✓			
El archivo y depósito está ubicado de forma adecuada y cuenta con la señalización debida	✓			
12. CONDICIONES ELECTRICAS				
Se encuentra las instalaciones eléctricas en buen estado?	✓			
Se encuentran señalizados todos los circuitos?	✓			
Todas las instalaciones, transformadores, etc Se encuentran protegidas contra impactos?	✓			
Se esta haciendo uso de corriente alterna o continua (x)?			✓	
Los cables se encuentran correctamente encauchetados?	✓			
El cableado para el computador y sus accesorios está debidamente canalizado	✓			
Las clavijas se encuentran en buenas condiciones?	✓			

13. INSPECCIÓN CONDICIONES DE PREVENCIÓN Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS				
Se cuenta con suficientes extintores acorde a los potenciales peligros existentes en cada área?	✓			
Se realiza mantenimiento a los extintores?	✓			
Los extintores tienen fechas de recarga vigentes?	✓			Se Recargaron en Febrero 2020
Se cuenta con rutas de salida suficientes?	✓			
Se tienen en cuenta las medidas para el almacenamiento de sustancias inflamables?	✓			
Se cuenta con personal capacitada en la extinción de incendios?	✓			
Se cuenta con alarma contra incendios?	✓			
La Institución empresa o ARL le ha dado capacitación sobre manejo de extintores	✓			
Los extintores se encuentran en un lugar visible y ubicados estratégicamente según los potenciales peligros por areas.?	✓			
La Institución tiene organizadas las brigadas de seguridad, primeros auxilios, evacuación	✓			
La Institución cuenta con botiquín de primeros auxilios, con los elementos establecidos por las normas para tal fin.	✓			
El botiquín de primeros auxilios esta bien dotado y se encuentra al alcance fácil de los brigadistas	✓			
La Institucion realiza los simulacros de conato de incendio, evacuación por sismo o alguna otra emergencia	✓			
La institución tiene establecidos los puntos de encuentro en caso de emergencia	✓			
14. INSPECCIÓN CONDICIONES DE RIESGO QUÍMICO				
Se cuenta con un listado de los productos químicos utilizados?	✓			
Se cuenta con las ficha técnica y hojas de seguridad y MSDS de los productos químicos utilizados?	✓			
Los productos químicos se encuentran adecuadamente etiquetados y empacados?	✓			
Los productos químicos se encuentran debidamente almacenados de acuerdo a la matriz de compatibilidad?	✓			
Los productos químicos cuentan con las observaciones y procedimiento en caso de intoxicación	✓			
Los químicos para aseo, están almacenados en lugares seguros y adecuados	✓			
El personal que maneja elementos de aseo y limpieza, ha recibido capacitación sobre el adecuado uso y mezcla de estos insumos	✓			
OBSERVACIONES:				

Hoja de		
Fecha		
30	9	2020
DD	MM	AA

ESTADISTICAS ACCIDENTALIDAD

CONTRATO 3639

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FÓRMULA DE REAJUSET Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES

FORMATO No.23 - FORMATO INFORME MENSUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO

PERIODO DE INFORME: SEPTIEMBRE DEL 2020

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	HHT	No. DE ACCIDENTES			DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	I.F.	I.S.	I.L.I.	I.D.P.	TASA X100
			Con Tiempo perdido	Sin tiempo perdido	Total								
sep-20	5	1000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

I.F.: Indice de frecuencia. No. de accidentes/HHT*K

I S : Indice de severidad: No. dias de perdidos ó Dias cargados/HHT*K

I.L I :Indice de lesiones incapacitantes: IF*IS/1000

K : 200.000

I.D.P. : Indice Medio de Dias Perdidos por Lesiones: No. Total de dias perdidos o cargados por lesiones /No. de casos con tiempo perdido

TASA: Tasa de accidentalidad. No de accidentes ocurridos *100/ No de Trabajadores

Firma

(Nombre) Ing. Lady Almanza

Contratista

Firma

Interventoria

ANEXO 4.

IMPLEMENTACIÓN AMBIENTAL

CONSORCIO PARQUES P99
NIT 901.352.003-0

Bogotá D.C. septiembre 30 de 2020

CERTIFICA

Que Consorcio Parques P99 con contrato No.415-2019 "CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS CON FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO URBANO DE LOS PARQUES VECINALES Y DE BOLSILLO DE LA LOCALIDAD DE SUBA QUE CONFORMAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES", durante el mes de septiembre de 2020 no realizó ninguna actividad constructiva que generara Residuos de construcción y demolición así como tampoco se realizó aprovechamiento in situ; por tal motivo no se hace reporte de RCD ni se cuenta con certificaciones de disposición de residuos como lo establece la normatividad vigente.

No siendo otro el motivo.

Atentamente,

Luis Orlando Pulido García
Representante Legal

CONTRATO DE OBRA 415 DE 2019

ANEXO 2 FORMATO DE SEGUIMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE LOS RCD EN LA OBRA

Etapa	Tipología del residuo	Componente	Observaciones	Volumen total de materiales de construcción a utilizar en obra (m3)	Volumen total de materiales de construcción a usar en obra (Ton)	Cantidad proyectada de RCD a generar en obra (m3)	Cantidad proyectada de RCD a generar en obra (Ton)	Aprovechamiento o tratamiento				[illegible]	Acumulado			Mes de reporte-SEPTIEMBRE		
[illegible]	RCD Pétreos	[illegible] arenas, gravas, [illegible]	Tipo de obra a demoler															
			Vivienda															
			Comercio															
			Dotacional															
			Vías															
			Canales															
			Puentes															
			Otros			536	464 2	x										
			Área de la construcción a demoler															
			Altura o espesor (según corresponda) de la demolición															
			Empresa que realiza la demolición [illegible] S.A.S															
	RCD No Pétreos	Plásticos, PVC	NA															
		Metales	NA															
		Madera	NA															
		Cartón, Papel	NA															
		Vidrios	NA															
		Otros	NA															
[illegible]	Residuos de excavación	Cobertura vegetal	Realiza separación de la cobertura vegetal [illegible]	70 00	[illegible]	300	385	x										
			[illegible] de material retirado															
			Largo: NA															
			Ancho: NA															
			Alto: NA															
	[illegible]	[illegible]	[illegible] de material retirado			2 578	4 383	x										
			Largo															
			Ancho															
			Alto															
[illegible]	RCD Pétreos	[illegible]		3108	5904													
	RCD No Pétreos	Plásticos, PVC	NA															
		Metales	NA			1 00	0 96											
		Madera	NA															
		Cartón, Papel	NA															
		Vidrios	NA															
		Otros	NA															
	Residuos de [illegible] metálicos	[illegible]	NA															
	[illegible]	[illegible]	NA															
	Residuos peligrosos	[illegible]	NA	[illegible]	1135 00	0 02	0 04				x							
	[illegible]	Materiales [illegible]	[illegible]															
TOTAL				3785	6233.79	3415.62	5232.794	0	0	0	0		0	0		0	0	
Cantidad de RCD estimada a generar por mes				426.8775														
25 % DE RCD				846.25								[illegible]	0					

INDICADOR DE EFICIENCIA

Evalúa la inversión que se realizará mes a mes por parte del generador, con respecto a lo estimado en la fase de planeación

SEPTIEMBRE DE 2020	SEPTIEMBRE DE 2020	
Gastos mensuales de la implementación del PG-RCD / Presupuesto planeado para el PG-RCD x 100	0 / 121,325,750 x 100	0% % Total:

INDICADOR DE EFICACIA

Permite controlar el volumen de RCD aprovechados en la obra respecto a los generados

SEPTIEMBRE DE 2020	SEPTIEMBRE DE 2020	
Cantidad de residuos aprovechados en la obra por mes (ton) / Cantidad de material usado para la ejecución de la obra (ton) x 100	0.00 / 0.00 x 100	0% % Total:

INDICADOR DE EFECTIVIDAD

Permite realizar el seguimiento a las cantidades generadas mes a mes de RCD

SEPTIEMBRE DE 2020	SEPTIEMBRE DE 2020	
Cantidad de RCD dispuestos en sitios autorizados durante el mes (ton) / Cantidad estimada de RCD a generar en el mes (ton) x 100	0 / 654.10 x 100	0.0% % Total:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL SUBA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE APROVECHAMIENTO IN-SITU	
NOMBRE DEL PROYECTO: " Contratar mediante el sistema de precios unitarios fijos con formula de Reajuste y a monto agotable, el mantenimiento de la infraestructura física, así como el suminsitro e instalación de mobiliario urbano de los parques vecinales y de bolsillo de la localidad de suba que conforman el sistema distrital de parques".	
CONTRATISTA: Consorcio Parques P99	INTERVENTORÍA: ARQUITECTURA URBANA LTDA
CONTRATO DE OBRA No: 415 DE 2019	CONTRATO DE INTERVENTORÍA No: 420 DE 2019
PIN: EN TRAMITE	
PERIODO DE REUTILIZACIÓN:	
1. Registro Fotográfico del sitio "Antes" de la reutilización.	
NA	NA
2. Esquema del área para la reutilización del RCD (Altura, Ancho y Largo)	Registro Fotográfico del sitio donde extrajo material reutilizado
NA	NA
3. Tipo de material a emplear en la Reutilización.	
NA	
4. Origen del RCD y coeficiente de compactación del material :	
NA	
5. Registro fotográfico durante la reutilización	
NA	
6. Registro fotográfico de la finalización del proceso de reutilización.	
NA	
7. Volumen total reutilizado:	ANCHO : LARGO : ALTO : TOTAL M3 : TOTAL TON:
8. Duración del proceso: NA	
9. Área final recuperada: NA	
10. Valor del % de la reutilización, respecto al total del material utilizado para la construcción de la obra: (0%).	
11. Comentarios, Conclusiones, y/o Justificación por no hacer reutilización.	
Durante el mes no hubo actividades constructivas	

Representante Legal