SUTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-051
		Versión: 001
	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN

Nombre de quien inspecciona:	Carolina Murillo C.		
Cargo:	SST	**Firma:**	Carolina Murillo
Fecha de inspección:	27/07/2021		
Ubicación del botiquín:	Bodega		

ELEMENTO DEL BOTIQUÍN	Cantidad (Unidad)	Estado del elemento			Fecha vencimiento				Requiere Reposición	
		B	M	No Tiene	Fecha	Vencido SI	Vencido NO	Vencido N/A	SI	NO
Guantes quirúrgicos	2	X			N/A		NO	X		X
Tapabocas	2	X			N/A			X		X
Copitos de algodón	20	X			Enero / 2023					X
Curas	7	X			N/A					X
Esparadrapo	—	—			—					
Gasa	—	—			—					
Bajalenguas	10	X			N/A			X		X
Vendas elásticas	1	X			Enero / 2024		X			X
Vendas de algodón	1	X			Junio / 2025		X			X
Venda triangular					—					
Micropore	1	X			Dic / 2024		X			X
Tijeras cortatodo	1	X			N/A			X		X
Termómetro digital	—	—	—	—	N/A					
Pinzas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jeringa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Inmovilizadores	—	—	—	—	—	—		—	—	
Solución salina	1	B			Dic / 2022		X			X
Linterna										
Libreta										
Lapicero										
Parche ocular										

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Alcohol - NOV / 2021		
Alcohol yodado - NOV / 2021		

Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera).

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-054
		Versión: 001
	INSPECCIÓN DE SEGURIDAD EN EL FRENTE DE TRABAJO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 3

INSPECCIÓN DE SEGURIDAD EN EL FRENTE DE TRABAJO

Obra /proyecto: UMA 4 - Manacamillo

Inspector SST: Carolina Murillo — Firma: Carolina Murillo

Convenciones: C: Cumple, NC: No cumple, CP: Cumple Parcialmente, NA: No aplica

Mes inspeccionado: Julio

Fecha/ semana inspeccionada:	19 al 24	26 al 31		

SEGURIDAD																
Equipos de Protección Personal	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
1. Son los adecuados para la labor	✓				✓											
2. Son utilizados correctamente																
3. Se encuentran en buenas condiciones	✓				✓											
3. Existe un almacenamiento adecuado de los EPP que no se utilizan	✓				✓											
4. Existe buena Señalización la protección personal a utilizar en cada área (Letreros Obligatorios)	✓				✓											
5. La reposicion se realiza oportunamente	✓				✓											
6. Los arneses completos, lineas de vida, lineas de anclaje y absorbedor están en buen estado de conservación y bien almacenados				1				1	✓							
Instalaciones Eléctricas	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
7. Los cables, enchufes, tomacorrientes, accesorios y tableros eléctricos están en buen estado	✓				✓											
8. Todas las cajas de breakers o interruptores tienen puertas o se encuentran cubiertas y señalizadas		✓				✓										
9. Existe correcta señalización	✓				✓											
10. No existen cables deteriorados, sueltos o desordenados en el piso	✓			✓	✓			✓								
11. Todos los equipos eléctricos cuentan con conexión a tierra	✓				✓				✓							
Gases Comprimidos, Productos Químicos, Combustibles y tóxicos	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
12. Los materiales peligrosos y/o químicos son almacenadas de forma ordenada e identificados con etiquetas	✓				✓											✓
13. Los Balones con Gases comprimidos, están almacenados verticalmente, asegurados con cadenas, clasificados de acuerdo al producto, aislados de fuente de calor, con guardas y tienen su MSDS.				✓				✓								
14. Están las fichas de seguridad a disposición del personal del área y saben como utilizarlas	✓				✓											
15. Los materiales almacenados están estables, asegurados y/o bien apilados	✓				✓											
16. Conocen el Instructivo o Procedimiento para afrontar derrames y conocen donde esta el Kit anti derrames, etc.	✓				✓											
17. El Kit contra derrames esta completo	✓				✓											
18. El personal se encuentra capacitado en manejo de sustancias quimicas		✓				✓				✓						
Herramientas Manuales	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
19. Están almacenadas adecuadamente	✓				✓											
20. Se almacenan limpias	✓				✓											
21. Están en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas u oxidadas.	✓				✓											
22. El personal responsable de operar las herramientas ha sido capacitado para tal fin	✓				✓											
23. Las herramientas son utilizadas de acuerdo al uso destinado	✓				✓				✓							

Escaneado con CamScanner

Maquinas y equipos	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
24. Se encuentran en buen estado para su operación																
25. Se realizan los preoperacionales antes de iniciar la labor																
26. Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo y se cuenta con los registros																
27. El personal responsable de operar las herramientas y equipos ha sido capacitado para tal fin																
28. Los mantenimientos preventivos y correctivos los realiza personal especializado																
Residuos Solidos	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
29. Se cuenta puntos de acopio que tienen recipientes para residuos identificados, ordenados y rotulados																
30. Se realiza una correcta separacion y disposición de residuos																
31. Se evitan reboses de los recipientes																
32. La zona alrededor de los contenedores de residuos esta limpia																
33. El personal ha sido capacitado en manejo de residuos																
Respuesta ante Emergencia y Señalización de Seguridad	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
34. Hay carteles de seguridad en el área y los conocen (zona segura, ruta de evacuación, proh. ingreso, etc.)																
35. Los extintores están vigentes, señalizados y libres de obstrucción																
36. El personal conoce la ubicación de los extintores																
37. Los botiquines están en buen estado, limpios, ordenados y completos																
38. Se cuenta con camilla rigida en buen estado																
39. Las áreas de circulación y evacuación están demarcadas correctamente y libres de obstrucción																
40. Se cuenta con el listado de entidades de socorro publicada y el personal la conoce																
41. Se cuenta con brigada de emergencia capacitada																
Actividades y Actitudes Preventivas	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
42. El personal identifica condiciones y actos inseguros y los informa																
43. El personal puede identificar a los brigadistas de emergencia																
44. El personal ha participado en simulacros de evacuación (sismo, incendio y Primeros Auxilios)																
45. Se llevan a cabo los diálogos diarios de 5 minutos en forma periódica																
46. Reportan a tiempo los incidentes y se cumplen las acciones correctivas en las fechas indicadas																
47. El personal conoce el lugar y como localizar al personal SST																
48. El personal conoce la ubicación del pulsador manual de la alarma de emergencia mas cercano.																
49. Conoce la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa y la tiene presente.																
50. Se mantiene actualizado el programa de mantenimiento preventivo.																
Ambiente de trabajo	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
51. Existen las herramientas adecuadas para desarrollar las tareas asignadas																
52. Existe ayudas mecanicas para mover material en forma manual de más de 25 Kg.																
53. El personal esta capacitado en el levantamiento y manejo de cargas y se tiene registros																
54. Existen puntos de hidratación para el personal, están limpios y en buenas condiciones																
55. El sitio de trabajo cuenta con instalaciones sanitarias limpias y suficientes																
56. La Iluminación es suficiente y adecuada para el trabajo.																
57. Existe exposición al ruido constante, no mayores a 85 dB por 8 horas continuas de trabajo, existe medios de atenuación.																

Escaneado con CamScanner

ORDEN (SEIRI /Clasificar, Separar, Despejar)																
Instalaciones	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
58. Paredes, ventanas y pisos en buenas condiciones de mantenimiento y señalizados	/				/											
59. Las materiales se encuntran ordenados, cada uno en una zona designada	/				/											
60. El almacen se encuentra señalizado, limpio y ordenado.	/				/											
LIMPIEZA																
Limpieza de Áreas	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
61. Existe responsabilidad asignada para la limpieza de las áreas y se registran las labores de limpieza	/				/											
62. Existe una zona destinada para los materiales de limpieza. Esta ordenada y limpia	/				/											
63. En el campamento,comedor y oficinas se aprecia orden y limpieza	/				/											
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Cadnam				Cadnam											

PLAN DE ACCIÓN

ITEM INCUMPLIDO	ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
8	Instalacion de tapa y señalizacion de caja electrica	AGOSTO	Encargado del Tienta
18	Se tiene programado la capacitacion para el mes de agost	AGOSTO	SST
41	la brigada se elegira en el mes de agosto	AGOSTO	SST
53	Se tiene programado la capacitacion en manejo de cargas para el mes AGOST	AGOSTO	SST

Escaneado con CamScanner

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-092
		Versión:001
	INSPECCIÓN DE EXTENSIONES ELECTRICAS	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Proyecto: UMA 4

Lugar: mantanilla

Nombre de quien realiza la inspección: Carolina Murillo C

Cargo de quien realiza la inspección: SST

Convenciones: C: Cumple, NC: No cumple, CP: Cumple Parcialmente, NA: No aplica

Mes inspeccionado: Julio Año: 2017

	Fecha de la semana inspecionada:	19 al 24				26 al 31											
N.	Condiciones de seguridad - EPP	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA	C	CP	NC	NA
1	¿El cable de la extension se encuentra en buen estado?	/				/											
2	¿La extension cuenta con polo a tierra?	/				/											/
3	¿El cable de la extension se encuentra sin quemaduras en los extremos?	/				/										/	
4	¿Los conectores sufren recalentamiento?				/				/								
5	¿Los conectores se encuentran en buen estado (sin quemaduras ni quebrados)?	/				/									/		
6	¿Los conectores se encuentran empalmados adecuadamente con el cable de la extension?	/				/											
7	¿La capacidad electrica (voltaje) del cable de la extension es la requerida por el equipo utilizado?	/				/											
8	¿Los conectores se encuentran protegidos del agua?	/				/											
9	¿El cable de la extension presenta añadiduras?				/				/								
10	¿La extension se mantiene en un lugar seco aislado del agua y de la humedad?	/				/											
11	¿Al energizarse la extension presenta fallas o provoca corto circuito?				/				/								
12	¿Los enchufes que tiene la extensión son los adecuados para realizar el trabajo?	/				/				/							

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN
	/	

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-055
		Version: 001
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Proyecto/ obra: UNA 4 frente mantanillo

Responsable de la inspeccion: Carolina Murillo Cataño — Firma: Carolina Murillo

Encargado de la obra: Santiago Taborda — Firma: Santiago Taborda

FECHA	UBICACIÓN	AGENTE EXTINTOR	CILINDRO		PASADOR		SELLO DE SEGURIDAD		MANOMETRO		MANGUERA, BOQUILLA		ACCESIBILIDAD		FECHA PROXIMA RECARGA	OBSERVACION PUNTUAL
			BIEN	MAL	SI	NO	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL		
27/07/21	Acopio de gumas	Polvo quimico seco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		Abril 2022	

METODOS DE CONTROL: 1. Recargar. 2. Señalizar y demarcar. 3. Limpiar. 4 Mantener despejado 5. Cambiar

OBSERVACIONES GENERALES

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-055
		Version: 001
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Proyecto/ obra: UMA 4 - Frente Mantanillo

Responsable de la inspección: Carolina Murillo C — Firma: Carolina Murillo C

Encargado de la obra: Santiago Tabarda — Firma: Santiago T

FECHA	UBICACIÓN	AGENTE EXTINTOR	CILINDRO		PASADOR		SELLO DE SEGURIDAD		MANOMETRO		MANGUERA, BOQUILLA		ACCESIBILIDAD		FECHA PROXIMA RECARGA	OBSERVACION PUNTUAL
			BIEN	MAL	SI	NO	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL		
27/07/21	Bodega	Polvo quimico seco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		Vol 21	

METODOS DE CONTROL: 1: Recargar. 2. Señalizar y demarcar. 3. Limpiar. 4 Mantener despejado. 5. Cambiar

OBSERVACIONES GENERALES

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

SOYARCO SAS	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-052
		Versión: 1
	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTA	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 de 1

Proyecto / Obra: LIMA 4-

Nombre de quien realiza la inspección: Carolina Murillo — Firma: Carolina Murillo

Cargo de quien realiza la inspección: SST

Fecha: 26 / 07 / 2021

HERRAMIENTA	CAN.	INSPECCIONAR	Bueno	malo	No aplica	OBSERVACIONES
ALICATES Y/O PINZAS	0	Forma y aislamiento del mango, tornillo de sujecion, filo de la parte cortante				
BALDE	10	Estado del balde y la manija	✓			
BARRAS	4	Estado general	✓			
PISON	0	Estado general				
CARRETILLAS	2	Llantas y pasador en buen estado	✓			
		Mangos y platon	✓			
CINCELES	0	Los cinceles presentan su cabeza tipo hongo, en buen estado sin desgaste o deformacion				
FLEXOMETRO	3	Estado del dispositivo de enrollar/desenrrolar	✓			
		Visibilidad de la escala de medicion				
CIZALLA MANUAL	0	Estado general				
DESTORNILLADOR	0	Estado del mango, vastago, cuadrante				
EXTENSIONES ELECTRICAS	2	Estado del aislamiento del cable	✓			
		Estado del enchufe				
LLAVES FIJAS, EXPANSIVAS, MIXTAS	0	Estado del cuadrante y tornillo sinfin				
	0	Estado de muescas de la estrella				
LLANA	0	Estado general				
LIMAS	0	Estado de la superficie estriada y del mango				
MACHETE	2	Estado del mango y la funda	✓			
SEGUETA	2	Mango, hoja tensada, dientes	✓			
MARTILLO	1	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓			
SERRUCHOS	0	Mango, revisar dientes trabados				
PALUSTRE	0	Estado general				
PALA	5	Ajuste del mango, astillas	✓			
PALADRAGAS		Mangos, resorte, ejes				
PICAS	5	Mango, punta	✓			
PRENSA	0	Estado general				
OTRO, CUAL?	2	Abadin	✓			
OTRO, CUAL?						

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

Escaneado con CamScanner

SAS Ingeniería - Construcción	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-035
		Versión: 002
	PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR - RADIAL	Fecha: 15/03/2021
		Pagina 1 de 1

Proyecto: Urgencia manifiesto # 4

Marca del equipo: Elito

Mes inspeccionado: Julio

Modelo del equipo:

Año: 2021

Nº equipo:

CONVENCIONES: Diligenciar dentro de cada casilla según aplique C: Cumple CP: Cumple parcialmente NC: No cumple NA: No aplica

Nº	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Se cuenta con los elementos de protección personal adecuados para la manipulación de la herramienta (Gafas, botas de seguridad, protección respiratoria, protección auditiva)																														C	
2	El operador es competente para operar la sierra eléctrica																														C	
3	Se divulgo al personal los riesgos de la actividad, sus consecuencias y controles																														C	
4	Estado del Bloqueo de conexion para interruptor de encendido/ apagado en buen estado																														C	
5	Se verifico el voltaje de la sierra o radial?																														C	
6	Estado de las conexiones eléctricas (extensiones, cable que no este picado, conexiones con puestas a tierra)																														C	
7	Buen estado de los Tornillos Mariposa para preseleccion de angulo																															
8	Estado e instalación adecuada del mango de sujecion.																															
9	Estado del interruptor de encendido/apagado																														C	
10	Buen estado de la placa base																														C	
11	Buen estado del disco de la sierra																														C	
12	Estado físico de la sierra (que no este golpeado, no presente abolladuras, no este fisurado)																														C	
13	Estado de la carcaza protectora																														C	
14	¿La fuerca de apriete de disco se encuentra en buen estado?																														C	
15	¿Cuenta con empujador de la pieza a cortar y la guia?																														C	

Firma operador # 1

Nombre: Hoover V.

C.C 1098 32425

Firma operador # 2

Nombre: _____

C.C

Firma operador # 3

Nombre: _____

C.C

Firma supervisor

Nombre: _____

C.C

Firma encargado SST

Nombre: Cristino Ayala

C.C 1035229471

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo.

OBSERVACIONES



Nota: cualquier inconsistencia o anomalía que se evidencie dentro de la inspeccion del equipo debe ser reportado inmediatamente al SUPERVISOR Y/O ENCARGADO SST para que se realicen las respectivas correcciones y se pueda dar funcionamiento al equipo.

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST 045
		Versión: 002
	PREOPERACIONAL TALADRO	Fecha: 15/03/2021
		Pagina 1 de 2

Proyecto: UMA4 V25
Marca del equipo: Modelo del equipo: N° equipo:
Mes inspeccionado: julio Año: 2021

CONVENCIONES: B Operación diaria de cada maquina según manual C: Correcto NC: No cumple NA: No aplica

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	¿Se cuenta con los elementos de proteccion personal adecuados para la manipulación del equipo (Gafas, Guantes, Proteccion respiratoria con filtro, protección auditiva tipo copa)?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	¿El operador es competente para operar el rotomartillo?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	¿Se divulgo al personal los riesgos de la actividad, sus consecuencias y controles?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	¿Se verifico el voltaje del tomacorriente sea el indicado para el rotomartillo?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	¿El cable del rotomartillo se encuentra sin piques, deformaciones, transmision de temperatura?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	¿La empuñadora esta sin fracturas permite el agarre firme por el operador?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	¿Se hace verificacion de funcionamiento previa a labor?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	¿La carcaza esta completa, ajustada y sin golpes?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	¿El interruptor de velocidad variable esta en buen estado?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	¿El boton de control avance-reversa esta en buen estado y es funcional?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11	¿El rotomartillo se transporta con ayuda mecánica o entre varios trabajadores																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	¿Se verifico la broca no este fisurada roma (punta redonda)?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13	¿Antes de la inicio se verifico la ausencia de redes de energia, gases o comustibles?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14	¿El boton de bloqueo esta en buen estado y es funcional?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15	¿El portabrocas está en buen estado?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
16	¿El operador hace precaución física de cuerpo y pausa activa en la operación del roto martillo?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17	¿ Se asegura el roto martillo en caso de trabajo en alturas para evitar su caida descontrolada a nivel inferior?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
18	¿ El operador se posiciona en terreno firme por debajo del nivel de terreno cuando se maneja?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
19	¿Cuenta con mango lateral multiposicion y esta en buen estado?																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Firma operador # 1 Nombre: Cristian Camilo Vanegas Cc 1082777391																															
	Firma operador # 2 Nombre: Harol Mauricio B Cc 1039 V00780																															
	Firma operador # 3 Nombre: Cc																															
	Firma encargado SST Nombre: Coldino Murillo Cc 1035229431																		Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino	Coldino

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de proteccion personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que durante mi labor la empresa haya socializado y avalado. Declaro que he recibido e instruido en su buen manejo y he recibido la información técnica de uso seguro, así como la misma, además debo informar cualquier anormalidad que presente el equipo.

OBSERVACIONES

Nota: cualquier inconsistencia o anomalia que se evidencie dentro de la inspeccion del equipo debe ser reportado inmediatamente al SUPERVISOR T/O ENCARGADO SST para que se realicen las respectivas correcciones y se ponga a funcionamiento al equipo.

PLAN DE ACCION

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

Escaneado con CamScanner

GUINCO S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-033
		Versión:002
	PREOPERACIONAL CONCRETADORA	Fecha: 15/03/2021
		Pagina 1 de 1

Proyecto: U179

Marca: Bouke

Modelo: CPB

N° equipo: 21 BGB

Mes: Julio

Año: 2021

CONVENCIONES: Diligenciar dentro de cada casilla según aplique. C: Cumple; CP: Cumple parcialmente; NC: No cumple; NA: No aplica

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	¿Se cuenta con los elementos de protección personal adecuados para la manipulación del equipo (Gafas, Guantes, protección respiratoria, auditiva, casco, botas con platina delantal camaza)?																															
2	¿El operador fue capacitado y autorizado en el uso de la concretadora?																															
3	¿Se divulgó al personal del cargue, los riesgos de la actividad, sus consecuencias y controles?																															
4	¿El operador se retiro los aretes, cadenas, pulseras, manillas, reloj, anillos antes de iniciar su trabajo?																															
5	¿El operador de la concretadora asegura la compuerta del motor al levantarla, se hace despacio y manteniendo las manos alejadas de los puntos de atrapamiento?																															
6	¿El operador de la concretadora realiza revisión de niveles: aceite de motor, nivel de gasolina, estado de las poleas, bandas, riedas, tambor, catalina, tro, cadena o dirección, piñonería y funcionamiento del motor, este acorde con las indicaciones del fabricante?																															
7	¿El tambor de la concretadora esta sin deformaciones, roturas, rajaduras sin soldaduras que puedan atrapar personas (bien instalado)?																															
8	¿La concretadora es transportada con ayuda mecánica o varias personas acorde a las condiciones del terreno?																															
9	¿La tapa del motor de la concretadora durante su operación cubre los sistemas de transmisión de fuerza del motor?																															
10	¿Se conforma el terreno de alimentación de material para reducir obstáculos, grases o material deslizantes? ¿Utilizan botas de caucho?																															
11	¿Se cuenta con extintor multiproposito operable que la fecha de vencimiento este vigente? ¿Personal sabe usar extintor?																															
12	¿Se realizan las labores de mantenimiento, aseo y limpieza con la maquina apagada y desconectada?																															
13	¿La zona donde se encuentra la concretadora cuenta con buena iluminación y ventilación?																															
14	¿La concretadora cuenta con guardas de seguridad en piñones, poleas y engranajes?																															
15	¿Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo y se tienen registros?																															
16	¿Los mantenimientos son realizados por personal especializado?																															
17	¿El sistema electrico cuenta con protección a tierra, se repara o retira?																															
18	¿La concretadora se encuentra limpia, libre de residuos de mezcla, antes de iniciar el trabajo?																															

Firma operador # 1

Nombre: JUAN DARIO E A

21590875

JUAN | JUAN | JUAN D | IVAN D

Firma operador # 2

Nombre: _____

C.C

Firma operador # 3

Nombre: _____

C.C

Firma encargado SST

Nombre: Carlos Mario C

CC 1037224974

Carlos M | Carlos M | Carlos M | Carlos M

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma, además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo

OBSERVACIONES

Nota: cualquier inconsistencia o anomalía que se evidencie durante la inspección del equipo debe ser reportada inmediatamente al maestro o director de obra para que se realicen las respectivas correcciones y no pueda dar funcionamiento al equipo

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

Escaneado con CamScanner

GUINCO S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-097
		Versión:001
	PREOPERACIONAL COMPRESOR	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Proyecto: UMA 4

Marca: Ingersollrand | Modelo: | N° equipo:

Mes inspeccionado: Julio | Año: 2021

CONVENCIONES: B: Bueno. M: Malo. NA: No aplica.

N.	Condiciones de seguridad	DIA 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Estructura general																			✓		/	/		/	/	/	/			/	/
2	Unidad compresora																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
3	Valvulas																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
4	Motor Mangueras																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
5	Correas																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
6	Barra de tiro																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
7	Estado de llantas																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
8	Bateria																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
9	Agua de bateria y cables																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
10	Cables de bateria																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
11	Radiador																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
12	Nivel de agua																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
13	Nivel aceite de motory de unidad compresora																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
14	Tablero																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
15	Marcador de presion de aceite																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
16	Marcador de combu$$ble																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
17	Horometro																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
18	Extintor																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
19	Sistema de Parada																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
20	Puertas																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
21	Protección auditiva tipo insercion y tipo copa																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
22	Casco de seguridad, botas de seguridad																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
23	Monogafas																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
24	Mascarilla o respirador																			/		/	/		/	/	/	/			/	/
	Firma operador Nombre: Omar Yidis C.C 1152203203																			Z/Gal		Alexis	Alexis		Alexis		Alexis	Alexis			Alexis	Alexis
	Firma operador Nombre: — C.C —																			✓		/	/		/		/	/			/	/
	Firma encargado SST Nombre: Carolina Murillo C.C 1035224031																			Carolina		Carolina	Carolina		Carolina		Carolina	Carolina			Carolina	Carolina

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he revisado el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma, además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo.

OBSERVACIONES



Nota: cualquier inconsistencia o anomalia que se evidencie dentro de la inspeccion del equipo debe ser reportado inmediatamente al SUPERVISOR Y/O ENCARGADO SST para que se realicen las respectivas correcciones y se pueda dar funcionamiento al equipo.

PLAN DE ACCIÓN

PLAN DE ACCIÓN	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

SAN ANTONIO

ESTANDAR PARA OPERACIÓN SEGURA DE LA PULIDORA ELÉCTRICA MANUAL



SOTARCO S.A.S

MEDELLIN

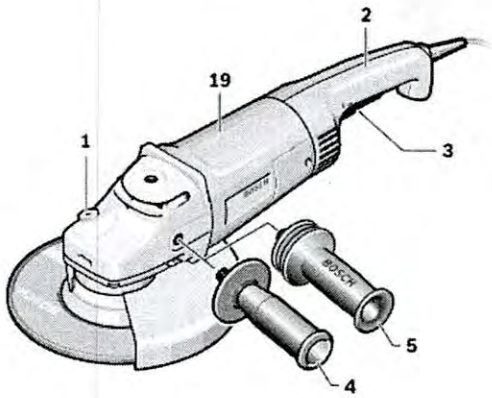
2017

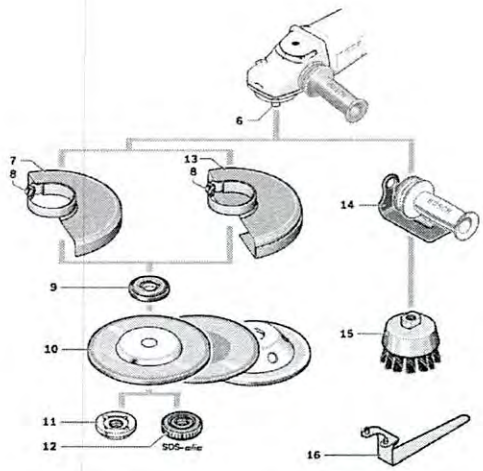
PROCEDIMIENTO PARA OPERACIÓN SEGURA DE LA PULIDORA ELÉCTRICA MANUAL

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

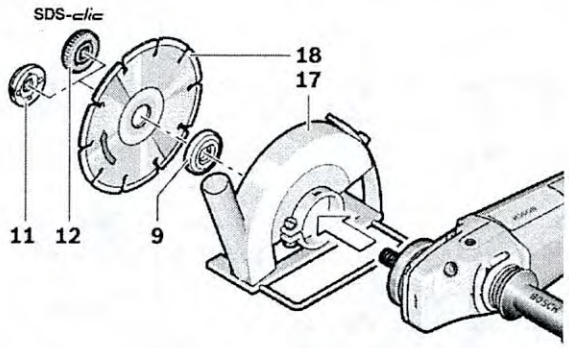
Es un equipo utilizado para: Eliminar rebabas después de un corte; Retirar escoria después de una operación de soldadura; Acondicionar superficies de una pieza para ajustarlas dentro de un proceso de ensamblado; Cualquier otra operación de mecanizado de una pieza; también son usadas para pulir salientes, soltar remaches, redondear ángulos y cortar metales.

Piezas que la componen





1 Botón de bloqueo del husillo
2 Puño
3 Interruptor de conexión/desconexión
4 Empuñadura adicional
5 Empuñadura antivibraciones
6 Husillo
7 Caperuza protectora para amolar
8 Tornillo de fijación de caperuza protectora
9 Brida de apoyo con junta tórica
10 Disco de amolar/tronzar
11 Tuerca de fijación
12 Tuerca de fijación rápida SDS
13 Caperuza protectora para tronzar
14 Protección para las manos
15 Cepillo de vaso
16 Llave con dos pernos



17 Caperuza de aspiración para tronzar con soporte guía
18 Disco de tronzar diamantado
19. Superficie de empuñaduras aisladas

2. RIESGOS ASOCIADOS

Ruido: el equipo genera decibeles que pueden afectar el oído, ocasionando daños no reversibles..
Amputaciones: El disco de corte puede ocasionar amputaciones de dedos o manos.
Lesiones oculares y/o faciales: El corte de las piezas puede proyectar esquirlas hacia los ojos y/o rostro.
Electrocución: El equipo opera con energía eléctrica, puede ocasionar muerte o lesiones por descarga eléctrica.
Golpes y heridas: El disco puede partirse o perder dientes, sino se utiliza de forma adecuada de acuerdo al material a cortar o cuando su área de corte se ha desgastado ocasionando lesiones graves en rostro, brazos y abdomen.

3. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

Antes de manipular la pulidora se debe utilizar lo siguiente:

- Gafas de seguridad
- Guantes de vaqueta
- Protector respiratorio
- Protector auditivo
- Casco
- Botas de seguridad

4. SEGURIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO

- Mantenga limpio y bien iluminado su puesto de trabajo.
- No utilice la herramienta eléctrica en un entorno con peligro de explosión, en el que se encuentren combustibles líquidos, gases o material en polvo.
- Mantenga alejados a los niños y otras personas de su puesto de trabajo al emplear la herramienta eléctrica.
- Señalice muy bien el sitio de trabajo donde se va a utilizar la pulidora.

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cerciorarse de que el voltaje del tomacorriente sea el mismo de la pulidora.
- Emplear en tareas de pulido o desbaste de superficies de piezas.
- La posición de la persona mientras este en uso, debe ser preferiblemente con las piernas separadas.
- Verificar que la guarda este instalada, asegurada y cubra más de la mitad del disco.
- La posición de la guarda debe evitar que se proyecten partículas hacia el cuerpo del operador, cuando se encuentre en operación.
- La manija de sujeción, debe estar instalada y asegurada.
- El mango debe estar ubicado al lado para efectuar el agarre de manera segura de acuerdo a la habilidad manual en lo referente a si la persona es diestra o zurda.
- Cerciorarse que el voltaje de la toma corriente corresponde al mismo de la pulidora.
- Con la pulidora desconectada comprobar que el comando de arranque y/o parada no esté trabado.
- Verificar que las revoluciones del disco, sean mayores a las de la pulidora.
- Para la instalación o cambio del disco la pulidora siempre debe estar desconectada.
- Verificar que la pieza que se va a intervenir, se encuentre lo suficientemente estable para evitar que tenga movimiento mientras se trabaja en ella.
- En el caso de que la pieza no sea por si misma estable, es necesario usar prensas de cadena o banco fijo, para asegurar la pieza.
- En el entorno no debe existir presencia o acumulación (charcos) de líquidos inflamables. En el entorno no deben estar presentes elementos presurizados como tanques de combustible, cilindros de oxicorte, entre otros.
- En caso de lluvia el trabajo debe ser suspendido, sin excepción alguna.
- Para el trabajo en alturas, especialmente donde existe la posibilidad de caída de chispas, deben recubrir la superficie de trabajo con lonas o material de difícil combustión.
- Ubicar los cables en lugares donde no sean pisados o nadie pueda tropezar con ellos. Si hay tráfico de vehículos por el lugar de trabajo, el cable puede tenderse de forma aérea o usar canaletas metálicas para protegerlo.
- El cable no debe tener contacto con elementos calientes o filosos (aristas, salientes, etc), nada que pueda afectar su estructura. Mantener a una distancia no mayor de 3 metros un extintor, tipo ABC, con capacidad de 20 libras.
- Hacer uso de biombos de metal que contengan la proyección de partículas.
- No acercar las manos al disco cuando este en movimiento, así no este presionado el obturador.
- No acercar e intentar detener el disco con las manos. En el caso, que se perciba ya sea de la carcasa, el cable o la clavija olor a quemado o estén demasiado calientes, el trabajo debe ser detenido y la pulidora debe ser revisada por personal autorizado.
- Cuando la pulidora no esté en uso por tiempos cortos, debe estar ubicada en los lugares designados, con el disco hacia arriba, con el cable recogido.
- Si va a estar fuera de uso por tiempos más prolongados, es conveniente retirar el disco.
- En trabajo en alturas se recomienda amarrar la pulidora de manera que no vaya a caer al vacío

- El disco no debe presentar averías ni desgaste excesivo.
- Para colocar o cambiar el disco, no es suficiente tener apagada la pulidora, es indispensable que esté desconectada de la energía eléctrica.
- Si cuenta con selector de velocidades, elegir la más acorde con el trabajo que se va a realizar, teniendo en cuenta que a mayor velocidad habrá incremento de vibración, ruido y temperatura.

6. SEGURIDAD ELÉCTRICA

- El enchufe de la herramienta eléctrica debe encajar al toma de corriente que se va a utilizar.
- No exponga la herramienta eléctrica a la lluvia y evite que penetren líquidos en su interior.
- No utilice el cable de red para transportar o colgar la herramienta eléctrica, ni tire de él para sacar el enchufe de la toma de corriente. Mantenga el cable de red alejado del calor, aceite, esquinas cortantes o piezas móviles. Los cables de red dañados o enredados pueden provocar una descarga eléctrica.
- Al trabajar con la herramienta eléctrica a la intemperie utilice solamente cables de prolongación (extenciones) apropiados para su uso en exteriores.

7. SEGURIDAD DE PERSONAS

- Esté atento a lo que hace y emplee la herramienta eléctrica con prudencia. No utilice la herramienta eléctrica si estuviese cansado, ni tampoco después de haber consumido alcohol, drogas o medicamentos.
- El no estar atento durante el uso de la herramienta eléctrica puede provocarle serias lesiones.
- Utilice el equipo de protección personal.
- Evite una puesta en marcha fortuita. Asegurarse de que la herramienta eléctrica esté desconectada antes de conectarla a la toma de corriente.
- Retire las herramientas de ajuste o llaves fijas antes de conectar la herramienta eléctrica.
- Evite posturas arriesgadas.
- Lleve puesta una vestimenta de trabajo adecuada. No utilice vestimenta amplia ni joyas. Mantenga su pelo, vestimenta y guantes alejados de las piezas móviles.

8. SISTEMAS DE PROTECCIÓN

- Verificar voltaje, estado del cable y demás conexiones eléctricas.
- Ajustar adecuadamente el disco, utilizando la llave de la pulidora.
- Mantener colocado y firme el resguardo del disco.
- Abstenerse de tocar el disco o la pieza que se esté trabajando, hasta que el calor se haya disipado.
- Asegurar la pieza que se vaya a pulir, mediante sujeción por medio de prensas. Verificar que no existen atmósferas inflamables, líquidos y sólidos que puedan incendiarse por las chispas de la pulidora.

Precauciones para tener en cuenta el operador:

- Queda terminantemente prohibido que dicho equipo sea operado por personas que no hayan sido autorizadas o capacitadas por la empresa para hacerlo.
- Antes de poner en funcionamiento la herramienta, se deberá revisar el estado general.
- Verificar que la guarda fija este bien asegurada.
- Verificar el estado del tomacorriente que vaya a suministrar energía y comprobar su voltaje.
- Observar conexiones eléctricas y en caso de cualquier avería que observe debe comunicarlo de inmediato.
- Observar el estado del disco y si presenta cualquier clase de daño o desgaste excesivo proceder a sustituirlo.
- El mantenimiento preventivo de la pulidora se realizara cada 80 horas.

QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, comuníquese con la línea de la ARL o el número único de emergencias 123.

Ponga en conocimiento de la emergencia al encargado de seguridad y salud en el trabajo y/o al jefe inmediato.

EVALUACIÓN DE EFICACIA
MANEJO SEGURO PULIDORA

Obra: _____ Fecha: _____

Nombre y Apellido del Empleado: _____

Cargo: _____ Número de Documento: _____

Nombre del capacitador: _____

N°	PREGUNTA	RESPUESTA	EVALUACIÓN
1	Seleccione los riesgos a los cuales está expuesto durante la manipulación del equipo	a. Lesiones oculares b. Amputación c. Ruido d. Golpes y heridas	
2	Selecciones las normas de seguridad para trabajar con el equipo	a. Verificar que la guarda este instalada, asegurada y cubra más de la mitad del disco. b. Para la instalación o cambio del disco la pulidora siempre debe estar desconectada. c. Cuando la pulidora no esté en uso por tiempos cortos, debe estar ubicada en los lugares designados, con el disco hacia arriba, con el cable recogido. d. Queda terminantemente prohibido que dicho equipo sea operado por personas que no hayan sido autorizadas o capacitadas por la empresa para hacerlo.	
3	Seleccione los elementos de protección personal que debe utilizar para trabajar con el equipo	a. Casco de seguridad b. Monogafas c. Protección auditiva d. Botas de seguridad	
4	En caso de presentarse un accidente usted acudirá a	a. Maestro de obra b. Residente y director c. Interventoría d. Encargado de seguridad en el trabajo	

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE 1-2	ACEPTABLE 3	EXCELENTE 4

Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción

Aprobó si () no ()

Nota: Si la evaluación es para autorizar manejo de equipo, el inspector de seguridad de la obra deberá señalar con SI o NO.

_____ _____

Firma trabajador **Firma capacitador**

ESTANDAR PARA OPERACIÓN SEGURA DE SIERRA CIRCULAR



SOTARCO S.A.S

MEDELLIN

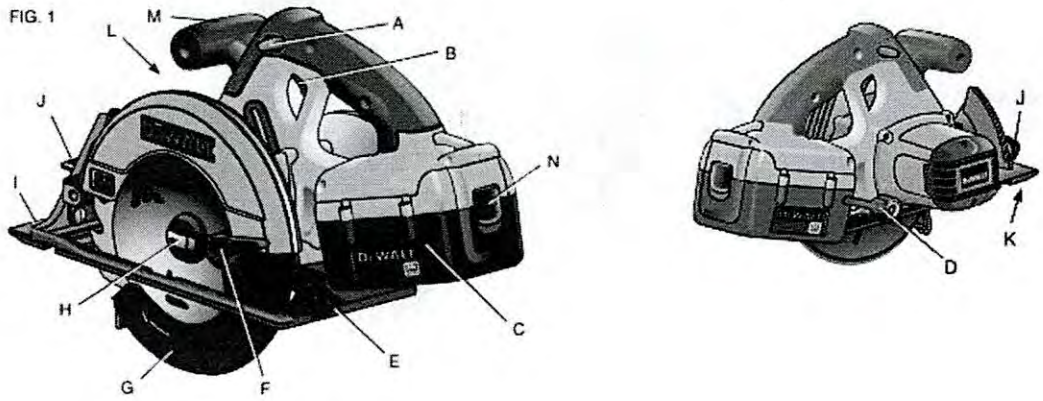
2017

ESTANDAR PARA OPERACIÓN SEGURA DE SIERRA CIRCULAR

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

La sierra circular es idónea para la mayoría de las tareas manuales habituales tales como el corte de paneles, tableros y tablones. La sierra circular puede trabajar en profundidades de hasta 40 mm. Resuelve las tareas con rapidez y proporciona resultados uniformes y rectos. Es ligera, compacta y fácil de manejar. Cuenta con un diseño ergonómico de gran calidad para lograr un control y una orientación óptimos, un angulo de la empuñadura como una sierra para situar la mano y el brazo de manera óptima.

FIG. 1



A. Botón de bloqueo del interruptor
B. Interruptor disparador
C. Paquete de baterías
D. Palanca de ajuste de profundidad
E. Zapata
F. Palanca retráctil del protector inferior
G. Protector inferior
H. Abrazadera de hoja sin llave (DC300 solamente)
I. Indicador de corte
J. Palanca de ajuste del bisel (DC300) o botón de ajuste del bisel (DC310)
K. Tornillo de ajuste
L. Botón de bloqueo de la hoja (no se muestra)
M. Mango auxiliar
N. Botón de liberación de la batería

2. RIESGOS ASOCIADOS

Ruido: el ruido ocasionado por la maquina genera disconfort durante su operación.
Golpe, herida, amputación: puede producir profundas heridas e incluso mutilar partes completas del cuerpo, por contacto de hoja en movimiento, atrapamiento de manos y dedos. Caída al mismo nivel por superficies de trabajo irregulares o falta de orden y aseo
Lesiones oculares: la proyección de partículas en el corte puede ocasionar lesiones oculares severas.
Electrocución: el equipo opera con energía eléctrica, puede ocasionar muerte por lesiones o descarga eléctrica, instalación o tomas defectuosos.
Incendio: si la maquina es con conexión en mal estado.
Respiratorio: las partículas que resultan del corte pueden afectar la vía respiratoria.
Trastornos musculo-esqueléticas: Sobreesfuerzo y movimientos repetitivos, adopción de posturas corporales forzadas o no habituales

3. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

Antes de manipular el equipo se debe utilizar lo siguiente:

- Protección auditiva
- Botas con puntera
- Guantes
- Gafas de seguridad
- Protección repiratoria

4. CONSIDERACIONES PARA SELECCIÓN DE SIERRA

3.1 Secuencia de trabajo

Fije el trozo de la madera a serrar sobre una superficie estable de manera que quede bien fijo durante la operación. Utilice tornillos de carpintero y tacos de madera.

3.2 Precauciones para la utilización

- Con la alimentación desconectada coloque el disco respetando el sentido de rotación (suele venir marcado por una flecha en la cara visible). El disco gira en el sentido inverso de las agujas del reloj.
- Apriete el disco sobre el eje con la ayuda de una llave. Mientras tanto, sujete los dientes con un taco de madera.
- Compruebe que las carcasas de protección se abren y se cierran normalmente: el disco no debe rozar en ellas.
- Regule la altura de corte de forma que el disco sobrepase el espesor del material a cortar, más o menos la altura de un diente.
- Reciba la capacitación y entrenamientos necesarios para operar el equipo.

3.3 La posición correcta

- Inclínese sobre la máquina. Tenga cuidado de que el cable de alimentación esté siempre detrás, sujetándolo en la mano con la empuñadura.
- Ponga la máquina en marcha.
- Espere a que el motor esté funcionando a pleno rendimiento antes de empezar a serrar.
- Para que corte bien, una sierra circular debe girar siempre a máxima velocidad.
- Sujete la sierra con firmeza, pero sin forzar.
- Inicie el corte firme pero lentamente, para que el disco no encuentre demasiada resistencia al entrar en la madera.
- Avance con regularidad, manteniendo siempre la sierra bien apoyada sobre la madera. Al entrar el disco en la madera, la carcasa móvil deberá abrirse.
- Regule el avance con el sonido. Si el ruido del motor se hace más sordo, es que el motor se cansa y la velocidad disminuye.
- Aminore la marcha empujando con menos fuerza, hasta que el motor recobre su velocidad normal.
- No pare la máquina hasta que el corte esté totalmente acabado. Al final del recorrido la carcasa de protección se volverá a cerrar automáticamente.

3.4 Para serrar recto

- Trace la línea de corte con la ayuda de una escuadra, teniendo en cuenta el grosor del disco que vaya a utilizar.
- Para cerrar una tira estrecha paralela al borde de un panel o de un tablón, utilice la guía de corte paralelo en la máquina.
- Para serrar a medio panel, utilice como guía un listón fijado temporalmente o una regla metálica sujeta con tornillos o mordazas de carpintero.

3.5 Para serrar sesgando

- Utilice siempre una guía.
- Afloje la rueda de la guía y regule la base dándole la inclinación deseada.
- Para su seguridad, engrase los protectores móviles después de algunas horas de utilización.

4 CONSIDERACIONES EN LA MANIPULACIÓN DE LA HERRAMIENTA

4.1 Riesgos en las tareas

- Contacto con la hoja en movimiento.
- Proyección de partículas.
- Proyección de la sierra o parte de ella.
- Atrapamiento de manos y dedos entre la madera.
- Golpes por caída de madera.
- Sobreesfuerzo y movimientos repetitivos.
- Contacto con energía eléctrica por circuitos mal aislados o sin aislamiento; extensiones sin polo a tierra.

- Atrapamiento con la sierra de prendas de vestir sueltas, cabello largo y/o uso de reloj, cadenas, anillos o gargantillas.
- Caída al mismo nivel por superficies de trabajo irregulares o falta de orden y aseo.
- Exposición a ruido sobre los límites permisibles.
- Exposición a partículas suspendidas.
- Adopción de posturas corporales forzadas o no habituales.
- Incrustación de astillas.

4.2 Medidas Preventivas en las Tareas

- Usar los elementos de protección personal acordes a los riesgos de exposición.
- Mantener siempre las herramientas eléctricas con sus protecciones y verificar su polo a tierra.
- Usar solamente herramientas eléctricas que cuenten con sus protecciones, cables, enchufes y extensiones en buen estado.
- En trabajos sobre andamios asegurarse de que el andamio esté aplomado, nivelado, con sus diagonales, arriostrado al edificio, que cuente con cuatro tablones trabados y barandas de protección, además se debe evitar acumular materiales que puedan dificultar la circulación por ellos o sobrecargar excesivamente la plataforma de trabajo.
- Al circular por escalas asegurarse que la escala esté bien construida, que sus largueros sobrepasen en un metro el punto de apoyo; que se apoye firmemente en el piso y con un ángulo que asegure su estabilidad al subir o bajar.
- Al realizar actividades de levantamiento de cargas, evite las repeticiones sin intervalos de descanso; asegúrese de doblar las rodillas para recoger cargas del suelo y evitar girar el tronco con cargas en los brazos.
- Use siempre su careta de soldador en trabajos de soldadura al arco y utilice pantallas protectoras para evitar deslumbramientos.

QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA:

Si ocurre una emergencia, comuníquese con la línea de la ARL o el número único de emergencias 123.

Ponga en conocimiento de la emergencia al encargado de seguridad y salud en el trabajo y/o al jefe inmediato.

EVALUACIÓN DE EFICACIA
MANEJO SEGURO SIERRA CIRCULAR

Obra: _____ Fecha: _____

Nombre y Apellido del Empleado: _____

Cargo: _____ Número de Documento: _____

Nombre del capacitador: _____

N°	PREGUNTA	RESPUESTA	EVALUACIÓN
1	Seleccione los riesgos a los cuales está expuesto durante la manipulación del equipo	a. Lesiones oculares b. Heridas c. Ruido d. Amputación	
2	Selecciones las normas de seguridad para trabajar con el equipo	a. Mantener siempre las herramientas eléctricas con sus protecciones o guardas de seguridad b. Con la alimentación desconectada coloque el disco respetando el sentido de rotación c La maquina debe estar instalada sobre superficie rígida y completamente nivelada d. Asegurarse de que el equipo esté apagado antes de conectarla a la toma de corriente.	
3	Seleccione los elementos de protección personal que debe utilizar para trabajar con el equipo	a. Casco de seguridad b. Guantes c. Protección auditiva y monogafas d. Botas de seguridad	
4	En caso de presentarse un accidente usted acudirá a	a. Maestro de obra b. Residente y director c. Interventoría d. Encargado de seguridad en el trabajo	

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE 1-2	ACEPTABLE 3	EXCELENTE 4

Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción

Aprobó si () no ()

Nota: Si la evaluación es para autorizar manejo de equipo, el inspector de seguridad de la obra deberá señalar con SI o NO.

_____ _____

Firma trabajador **Firma capacitador**

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-087
SAS Ingenieros - Contratistas		Versión: 1
	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS ELECTRICAS	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 de 1

Proyecto / Obra: Oxigenados Planta 4

Nombre Operador: Juan David Echeverri Firma:

Equipo a inspeccionar: Bella Aurora

Convenciones: C: Cumple NC: No cumple CP: Cumple parcialmente NA: No aplica

Semana del: Dia 12 Mes 07 Año 2021 AL Dia 17 Mes 07 Año 2021

ITEM A EVALUAR	LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO				DOMINGO				OBSERVACIONES
	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	
Se le realiza mantenimiento preventivo periódicamente													C																
Tiene guardas de seguridad para evitar accidentes													C																
El cable eléctrico de conexión esta en buenas condiciones													C																
La empuñadura lateral o mango de fuerza esta en buen estado													C																
Para operar la herramienta eléctrica utilizan la empuñadura lateral													C																
El swiche de encendido funciona correctamente y esta apagado antes de conectar a la energia.													C																
El estado de la carcasa de la herramienta eléctrica esta en buenas condiciones													C																
Al darle encendido la herramienta eléctrica no hace corto													C																
El enchufe esta en buenas condiciones													C																
El bastago de montaje o porta broca se encuentra en buenas condiciones													C	NA	NA	NA													
Se utiliza la llave de la herramienta eléctrica para montar o desmontar el disco o la broca.													C																
La herramienta eléctrica esta en buenas condiciones para realizar la actividad													C																
El estado de instalación del disco (INSERTACIÓN), es bueno													C																
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios													C																
Buen estado e instalación del mango													C																
Estado del interruptor de encendido y su seguro bueno													C																
Estado de la guia de la guarda en buen estado													C																
El estado del disco es bueno													C																
Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000)													C																

Escaneado con CamScanner

Se utiliza accesorios apropiado para la tarea	
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	
Se utilizan adecuadamente los epp para la labor	
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados	
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios	
Se cuenta con extintor en el area	
Se cuenta con careta y gafas de seguridad, simultaneamente para la operación y los demas EPP.	
El area esta libre de productos inflamables.	
La planta electrica tiene puesta a tierra?	
Firma operador	
Firma encargado SST	

YO COMO SUPERVISOR / ENCARGADO HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO REALIZAR LA ACTIVIDAD

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

SAS
Ingenieros - Contratistas

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS ELECTRICAS

Codigo SST-087
Version: 1
Fecha: 30/11/2017
Pagina: 1 de 1

Proyecto / Obra: Agenu Montas 4

Nombre Operador: Juan David Gutierrez

Equipo a inspeccionar: pulidora electrica

Firma:

Convenciones: C: Cumple NC: No cumple CP: Cumple parcialmente NA: No aplica

Semana del: Dia 12 Mes 07 Año 2021 AL Dia 17 Mes 07 Año 2021

ITEM A EVALUAR	LUNES				MARTES				MIERCOLES				JUEVES				VIERNES				SABADO				DOMINGO				OBSERVACIONES
	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	C	NC	CP	NA	
Se le realiza mantenimiento preventivo periódicamente									C												C								
Tiene guardas de seguridad para evitar accidentes									C												C								
El cable eléctrico de conexión esta en buenas condiciones									C												C								
La empuñadura lateral o mango de fuerza esta en buen estado									C												C								
Para operar la herramienta eléctrica utilizan la empuñadura lateral									C												C								
El swiche de encendido funciona correctamente y esta apagado antes de conectar a la energía									C												C								
El estado de la carcasa de la herramienta eléctrica esta en buenas condiciones									C												C								
Al darle encendido la herramienta eléctrica no hace corto									C												C								
El enchufe esta en buenas condiciones									C												C								
El bastago de montaje o porta broca se encuentra en buenas condiciones									NA	NA	NA	NA									NA	NA	NA	NA					
Se utiliza la llave de la herramienta eléctrica para montar o desmontar el disco o la broca									C												C								
La herramienta eléctrica esta en buenas condiciones para realizar la actividad									C												C								
El estado de instalación del disco (INSERTACIÓN), es bueno									C												C								
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios									C												C								
Buen estado e instalación del mango									C												C								
Estado del interruptor de encendido y su seguro bueno									C												C								
Estado de la guia de la guarda en buen estado									C												C								
El estado del disco es bueno									C												C								
Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000)									C												C								

Escaneado con CamScanner

Se utiliza accesorios apropiado para la tarea			
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)			
Se utilizan adecuadamente los epp para la labor			
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados			
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios			
Se cuenta con extintor en el area			
Se cuenta con careta y gafas de seguridad simultaneamente para la operación y los demas EPP			
El area esta libre de productos inflamables			
La planta electrica tiene puesta a tierra?			
Firma operador			
Firma encargado SST			

YO COMO SUPERVISOR / ENCARGADO HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO REALIZAR LA ACTIVIDAD

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

[redacted] SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-048
		Versión: 001
	INSPECCIÓN DE OFICINA	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 2

Nombre del inspector: Daly Cordero.	Firma: Daly Cordero
Cargo: SST	Fecha de inspección: 16-07-2021

SI NO NA: No aplica

SI	NO	NA	ASPECTOS GENERALES	OBSERVACIONES
	X		Existen fuentes de ruido que perturben la concentracion del personal	
	X		Existen tomas corrientes sobrecargados	
X			Se tienen instalaciones electricas provisionales	
	X		Hay cables en el piso	
	X		Existen irregularidades en el piso	
X			Se cuenta con areas de circulacion amplias	
	X		Se tienen obstaculos en las zonas de circulacion y salidas	
X			La iluminacion del area es adecuada al tipo de trabajo	
X			La ventilacion es adecuada	
X			Existen rutas de evacuacion definidas y señalizadas	
X			Se cuenta con extintores (minino tipo ABC) en las diferentes areas	
X			Se cuenta con botiquin de primeros auxilios dotado para la atencion de una emergencia	
X			Se cuenta con señalizacion de botiquines y extintores	
X			Se cuenta con alarmas, avisos, sirenas para dar alerta en caso de una emergencia	
X			Se tiene publica ala lista de organismos de socorro en caso de emergencia	
X			Se tiene una persona entrenada en la atencion de emergencias y manejo del botiquin	
SI	NO	NA	ASPECTOS DEL PUESTO DE TRABAJO	OBSERVACIONES
X			Se cuenta con estanterias o archivador para el almacenamiento de los documentos	
X			Las herramientas de trabajo se encuentran en areas de alcance del usuario segun su necesidad	
X			Se tiene espacio suficiente para la movilizacion de las piernas en el area de escritorio	
X			La silla es ajustable (en altura, profundidad, espaldar, etc)	
X			La silla es estable y se encuentra en buen estado	
X			El teclado permite inclinacion o ajuste	
X			El monitor permite ajuste acorde a las necesidades del usuario	
X			El puesto de trabajo se encuentra de frente o espaldas a una fuente directa de iluminacion (natural o artificial)	
X			Se cuenta con canecas para la disposicion de los diferentes desechos	
X			Se cuenta con un area de fumadores	
SI	NO	NA	BAÑOS/COMEDORES	OBSERVACIONES
X			Se cuenta con servicios sanitarios suficientes en buen estado y limpios	
X			Se cuenta con lava manos suficientes en buen estado y limpios	
X			Los comedores estan provistos de mesas y sillas suficientes	
X			Los comedores (sillas y mesas) se encuentran limpios	
SI	NO	NA	OTROS ASPECTOS	OBSERVACIONES

PLAN DE ACCIÓN

ACCIÓN CORRECTIVA Y/O PREVENTIVA	RESPONSABLE (S)	FECHA EJECUCIÓN

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-073
SAS Ingenieros - Constructores		Versión: 001
	INSPECCIÓN DE CAMILLA	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

INSPECCIÓN DE CAMILLA

Nombre de quien hace la Inspección: Daly Cadena Nieto

Fecha: 16-07-2021 | Cargo de quien hace la inspección: Daly Cadena

CONVENCIONES: C: Cumple - CP: cumple parcialmente - NC: No cumple - NA: No aplica

ITEM	C	CP	NC	NA	OBSERVACIONES
1. ¿La camilla se encuentra visible?	X				
2. ¿La camilla es de fácil acceso, sin elementos que la obstruyan?	X				
3. ¿Se encuentra señalizada?	X				
4. ¿El soporte se encuentra en buenas condiciones?	X				
5. ¿Cuenta con correas de seguridad?	X				
6. ¿Cuenta con sugetadores para agarre?	X				
7. ¿Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior?	X				

CONDICIÓN	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-055
		Version: 001
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Proyecto/ obra: Orgánicas Manifiesto 4
Responsable de la inspección: Daily Cadena. Firma: Daily Cadena
Encargado de la obra: Daniela ochoa. Firma:

FECHA	UBICACIÓN	AGENTE EXTINTOR	CILINDRO		PASADOR		SELLO DE SEGURIDAD		MANOMETRO		MANGUERA, BOQUILLA		ACCESIBILIDAD		FECHA PROXIMA RECARGA	OBSERVACION PUNTUAL
			BIEN	MAL	SI	NO	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL		
16-07-21	Ofenicaspado	ABC.	X		X		X		X				X		31/07/2021	Hacer Cambio del extintor pequeño

METODOS DE CONTROL: 1: Recargar. 2. Señalizar y demarcar. 3. Limpiar. 4 Mantener despejado. 5. Cambiar

OBSERVACIONES GENERALES

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
Señalizar el punto donde esta el extintor.	19 Julio 2021.	Daily Cadena.
	19/07/2021 Se cumplio con la Señalizacion	

Escaneado con CamScanner

[redacted] SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-051
		Versión: 001
	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN												
Nombre de quien inspecciona:	Dany Cadena.											
Cargo:	SST.				**Firma:**	Dany Cadena						
Fecha de inspección:	Julio 2021.											
Ubicación del botiquín:	Oficina San Antonio piedo contento											
ELEMENTO DEL BOTIQUÍN	**Cantidad (Unidad)**	**Estado del elemento**			**Fecha vencimiento**					**Requiere Reposición**		
		B	**M**	**No Tiene**	**Fecha**	**Vencido**				**SI**	**NO**	
						SI	**NO**	**N/A**				
Guantes quirúrgicos	2 P.	X										
Tapabocas	5 0.	X										
Copitos de algodón	1 paste.	X										
Curas	10 unidades	X										
Esparadrapo												
Gasa												
Bajalenguas	10 veces	X										
Vendas elásticas												
Vendas de algodón												
Venda triangular												
Micropore												
Tijeras cortatodo												
Termómetro digital												
Pinzas												
Jeringa												
Inmovilizadores												
Solución salina	1 unidad	X										
Linterna	1 unidad	X										
Libreta												
Lapicero												
Parche ocular												

PLAN DE ACCIÓN		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Comprar los artículos que hacen falta en el botiquín	Dany Cadena Neto.	Julio 31 2021
Señalizar el punto de.	Dany Cadena Neto.	Julio 19 2021.
Marcado		

Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera).

Escaneado con CamScanner

315 Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD ENE L TRABAJO	Codigo: F-SST-047	
		Version: 001	
	INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROETCCIÓN PERSONAL	Fecha: 30/11/2017	
		Pagina 1 de 1	

Proyecto/ obra: Viviendas Manifiesto 4. Fecha: Julio 29 2021

Responsable de la inspección: Davy Cadavid Nieto. Firma:

Convenciones: **USO**: (SI) El trabajador SI usa el EPI, (NO) El trabajador NO usa el EPI. **ESTADO (EST)**: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No requiere

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD		GAFAS DE SEGURIDAD LENTE CLARO		GAFAS DE SEGURIDAD LENTE OSCURO		PROTECTOR AUDITIVO SILICONA		PROTECTOR AUDITIVO COPA		MASCARILLA PARA POLVO		RESPIRADOR CON FILTRO		GUANTES DE VAQUETA		GUANTES DE CAUCHO		GUANTES DE NITRILO		GUANTES DE CARNAZA		PROTECCION FACIAL (CARETA)		BOTAS PUNTA DE ACERO		BOTAS DIELECTRICAS CAUCHO		FIRMA
		USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	USO	EST	
1	Yeison Correa	Si	B	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
2	Yeison Ruiz.	Si	B	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
3	Gabriel Cuyollo	Si	B	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
4	Juan D. Gomez	Si	B	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
5	Davy Cadavid	Si	B	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
6	Daniela Ochoa	Si	B.	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	Si	Si	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	B	Si	B	
7																																
8																																
9																																
10																																

Escaneado con CamScanner

[redacted] SAS	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: Viviendas Mantas 4 — Ubicación donde se realiza el trabajo: San Antonio de Prado.

Fecha de realización del Trabajo:

Encargado SST: Darcy Cadena. — Tarea: Corte de madera con sierra - Acero con pulidora.

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar):

Corte de madera con sierra circular
Corte de acero, aluminio etc con pulidora
electrica todo para mejorar el campamento.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Juan Gutierrez.	JUAN DAVID
Yeison Correa.	Yeison Correa.
Yeison Ruiz.	YEISON

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
✓ Inspeccionar la herramienta	Cortes.	Contratar con los elementos de orden y aseo.
✓ Diligenciar los formatos		
✓ Conectar en un buen encendido y buen cable.	Electrocución Muerte.	
✓ Usar los epp solicitados	Cortes, fracturas quemaduras.	Seguir con la charla. Supervisión del personal.
✓ Realizar cortes.	Golpes Atrapamiento Caida de la misma altura Caida de objetos	Para esto que se les brinde. Usar los epp adecuados para la labor.
✓ Limpiar la herramienta al terminar la labor.		

Escaneado con CamScanner

SAS Ingeniería - Construcción	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código # SST-049
		Versión 001
		Fecha 30/11/2017
	PERMISO EN CALIENTE	Página 1 de 1

Fecha y hora de expedición (inicio de la actividad)	DIA: 1	MES: 07	AÑO: 2021	HORA	
Fecha y hora de finalización	DIA: 31	MES: 07	AÑO: 2021	HORA	

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO	ABIERTO	CERRADO
Dany Cadena.	X	X
LUGAR	San Mateo de pradera	
TIPO DE TRABAJO	Corte de madera y acero mayo caliente	
EQUIPOS A UTILIZAR	pulidora y sierra circular electricas.	

2. EQUIPO DE PROTECCION INDIVIDUAL

DESCRIPCION	ESTADO SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1. Careta para soldadura			✓	
2. Careta para esmerilar			✓	
3. Monogafas para oxicorte, corte con plasma con filtros de radiación UV.	✓			
4. Monogafas para pulido con esmeril, pulidoras o cortadoras resistentes a altos impactos				
5. Peto cuerpo entero en carnaza		✓		
6. Guantes de carnaza o vaqueta	✓			
7. Polainas de carnaza		✓		
8. Respirador para humos metálicos			✓	
9. Casco con barbuquejo	✓			
10. Botas	✓			

3. LISTA DE VERIFICACION PARA EL PERMISO

ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (ARL, EPS, AFP)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en caliente (según evaluación medica, capacitación para trabajo en caliente)	✓			
Todos los ejecutantes conocen los procedimientos instructivos y estándares para la ejecución del trabajo	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en caliente en la actividad que se está ejecutando	✓			
Si estan realizando trabajos en caliente con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en altura y energías peligrosas se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas	✓			
Se cuenta con brigada de emergencias capacitada y entrenada para atender un posible evento por el desarrollo de labores en caliente	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en caliente y se anexa al permiso	✓			

Nota

Escaneado con CamScanner

ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACIÓN APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS

Davy Cadena

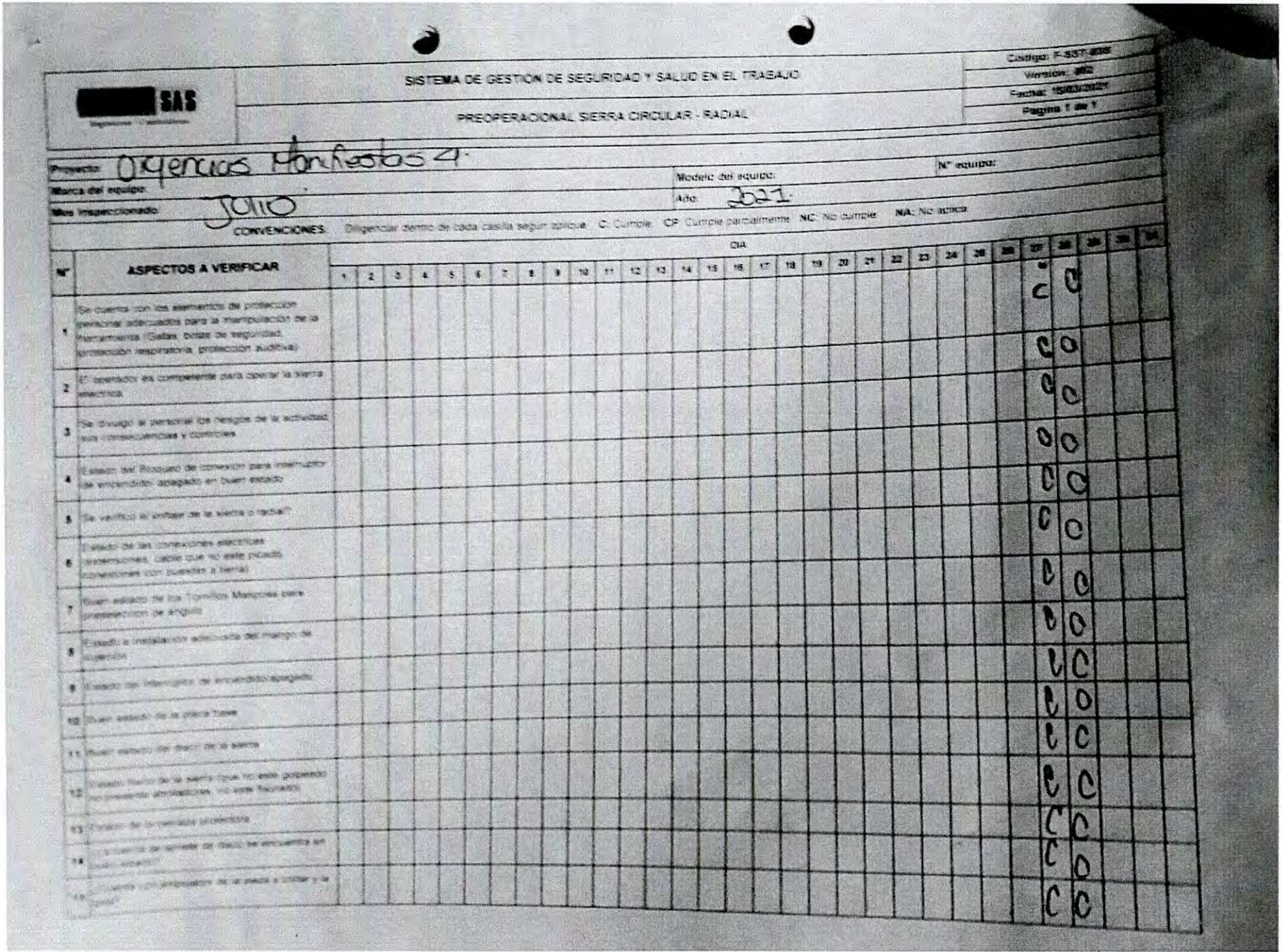
EMISOR

TRABAJADOR

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA		FIRMA TRABAJADOR	FIRMA EMISOR
	INICIO	FINAL		

Escaneado con CamScanner



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR - RADIAL

Código: F-SST-[illegible]
Versión: [illegible]
Fecha: 15/03/2021
Página 1 de 1

Proyecto: Oficinas Monteobos 4.
Marca del equipo:
Mes inspeccionado: JULIO
Modelo del equipo:
Año: 2021.
N° equipo:

CONVENCIONES: Diligenciar dentro de cada casilla según aplique. C: Cumple. CP: Cumple parcialmente. NC: No cumple. NA: No aplica

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Se cuenta con los elementos de protección personal adecuados para la manipulación de la herramienta (Gafas, botas de seguridad, protección respiratoria, protección auditiva)																											C	C			
2	El operador es competente para operar la sierra eléctrica																											C	C			
3	Se divulgó al personal los riesgos de la actividad, sus consecuencias y controles																											C	C			
4	El estado del Riscado de conexión para interruptor de encendido apagado en buen estado																											C	C			
5	Se verifico la voltaje de la sierra o radial?																											C	C			
6	El estado de las conexiones eléctricas (extensiones, cable que no este pelado, conexiones con cuentas a tierra)																											C	C			
7	Buen estado de los Tornillos Mariposa para graduación de ángulo																											C	C			
8	Estado e instalación adecuada del mango de sujeción																											C	C			
9	El estado del interruptor de encendido apagado																											C	C			
10	Buen estado de la placa base																											C	C			
11	Buen estado del disco de la sierra																											C	C			
12	El estado físico de la sierra (que no este golpeado, no presente deformación, no este fracturado)																											C	C			
13	Estado de la cerradura protectora																											C	C			
14	La cuerda de arrastre de cable se encuentra en buen estado?																											C	C			
15	Se cuenta con extensión de la pieza a cortar y se usa?																											C	C			

Escaneado con CamScanner

Nº	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Firma operador # 1 Nombre: Yeison David Tobar C.C 1126 424 122																														
	Firma operador # 2 Nombre: Yeison Ruiz. C.C																														
	Firma operador # 3 Nombre: _____ C.C																														
	Firma supervisor Nombre: _____ C.C																														
	Firma encargado SST Nombre: Davy Tobar C.C 3758139																														

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma, además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo

OBSERVACIONES



Nota: cualquier inconsistencia o anomalía que se evidencie dentro de la inspección del equipo debe ser reportado inmediatamente al SUPERVISOR Y/O ENCARGADO SST para que se realicen las respectivas correcciones y se pueda dar funcionamiento al equipo

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

ATANCH SAS Ingenieros Contratistas	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-042
		Versión: 002
	PREOPERACIONAL PULIDORA	Fecha: 15/03/2021
		Pagina 1 de 2

Proyecto: Urgencias Montes 4.

Marca: | Modelo: | N° equipo:

Mes inspeccionado: Julio. | Año: 2021

CONVENCIONES: Diligenciar dentro de cada casilla segun aplique **C:** Cumple **CP:** Cumple parcialmente **NC:** No cumple **NA:** No aplica

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Se cuenta con los elementos de protección personal adecuados para la manipulación del equipo (Casco, Gafas, Careta para pulir, Guantes, protección visual y auditiva, Botas de seguridad, Ropa de trabajo)																											C				
2	¿El operador es competente para operar la pulidora?																											C				
3	¿Se divulgó al personal los riesgos de la actividad, sus consecuencias y controles?																											C				
4	¿Las conexiones electricas se encuentran sin piques, fracturas, cuenta con descarga a tierra? (Verificar si la posee intrinseca en los enchufes de dos lineas).																											C				
5	¿El disco se encuentra instalado adecuadamente?																											C				
6	¿Se cuenta con acoples sin daños, fracturas o deformaciones en los accesorios?																											C				
7	¿La carcaza se encuentra en buen estado?																											C				
8	¿El estado y la instalación del mango es firme para la firme sujeción por el operador?																											C				
9	¿El swich ON/OFF se encuentra en buen estado?																											C				
10	¿Durante la operación no se bloquea el seguro para poder detener la actividad en caso de emergencia?																											C				
11	¿El disco es el adecuado para la actividad?																											C				
12	¿El disco se encuentra sin deformaciones, fracturas, cuchillas flojas?																											C				
13	¿Cuenta con la guarda de seguridad y esta en buen estado?																											C				
14	¿La guarda fija se encuentra bien asegurada?																											C				
	Firma operador # 1 Nombre: Juan Gutierrez C.C																															

Escaneado con CamScanner

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Firma operador # 2 Nombre: C C																															
	Firma supervisor Nombre: Yeison Ruiz. C C																											VESION				
	Firma encargado SST Nombre: C C																															

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma, además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo

OBSERVACIONES



Nota: cualquier inconsistencia o anomalía que se evidencie dentro de la inspección del equipo debe ser reportado inmediatamente al SUPERVISOR Y/O ENCARGADO SST para que se realicen las respectivas correcciones y se pueda dar funcionamiento al equipo.

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

Escaneado con CamScanner

PERMISOS DE ALTO RIESGO

URGENCIAS MANIFIESTAS 4	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-071
		Version: 001
	CONTROL DE ASISTENCIA	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Ciudad: Spacio Fecha: 13-07-2021 Duración: 1 hora

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCION ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO

TEMA: Trabajo Seguro en alturas

OBJETIVO: Socializar con el personal los estándares de seguridad de las áreas de alto riesgo como lo es trabajo en alturas.

EXPOSITOR: Dany Cadena Neb.

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Anderson Rodriguez M	[illegible]	Operario	[illegible]
Elian Bonilla Rueda	[illegible]	Operario	[illegible]
Elian Bonilla Rueda	[illegible]	Operario	[illegible]

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-068
		Version: 001
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Obra: Urgencia Norte 4. | Ubicación donde se realiza el trabajo: San Anta perla.

Fecha de realización del Trabajo:

Encargado SST: Dany Cabrera. | Tarea: Instalacion de Guyas y tela malla.

Descripción de la tarea a realizar (Actividad que se realiza, mencionar los equipos o herramientas a utilizar):
Herramientas manuales, Pala, pica, Balde, alicate. Instalacion de invernadero.

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Elon campo puerto 1007408359	Elan
Eluy Mercado 1045597540	Eluy

Pasos detallados de la tarea	Peligros y accidentes posibles	Controles Requeridos
• Instalar los arcos en el amcan.	Golpeo.	Cuidado de caerse.
• Inspeccion el area de trabajo y señalizar.	Golpes, caidas, golpes.	Cuidado y orden del area.
• Hacer los huecos para instalar los postes de madera	Caidas, Golpes, lesiones	uso de elementos de proteccion personal adecuados
• Ancar Guyas del piso para asegurar postes	Golpes lesiones.	a la labor.
• Izar en altura Colocar Guyas arcos.	Caidas a mas de 1.80 metros.	Firme de pasos en altura certificado de altura del personal.
• Instalar de la tela sobre los Guyas.	Muerte. Heridas Graves	Personal capacitado Charla de seguridad.
• Templar, cocer, y pasar la tela.	Fuerte Caidas. Fuerte Graves.	Buena supervision Absoluto.

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Obra o centro de trabajo: Uryana Flatas 4 san Ant de prob | Semana Del 26 Al 31 Mes 07 Año 2021

	Descripción y procedimiento de la tarea a realizar diariamente (Describir concretamente las actividades)	Herramientas y equipos a utilizar	Alturas
Lun			
Mar	Instalación de Grapas para incendio	Alicate, Equipo de alturas	8 mt
Mier	Instalación de Grapas para incendio	Alicate, Equipo de alturas	8 mt
Jue	Instalación de Grapas para incendio	Alicate, Equipo de alturas	8 mt
Vie	Instalación de Grapas para incendio	Alicate, Equipo de alturas	8 mt
Sab	Instalación de Grapas para incendio	Alicate, Equipo de alturas	8 mt
Dom			

Tipo de trabajo (Marque con una X el tipo de trabajo en alturas a realizar)

Trabajo Detención de caidas		Trabajo con restricción	
Trabajo con posicionamiento	X	Trabajo en suspensión	

Listado del personal comprometidos con la tarea y cubierto por el permiso

No	Nombres y apellidos	No de cedula	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Elian Campo.	1007908389		Elian	Elian	Elian	Elian	Elian	
2	Kevin perez Suarez	1007410513							
3	Diego Esteban Morales.	1010117582						Diego	
4	Eloy Mercado	1045517590							
5									

Condiciones de las personas (Marque con: C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab	Dom.
1			C	C	C	C	C	
2			C	C	C	C	C	
3			C	C	C	C	C	
4			C	C	C	C	C	
5			C	C	C	C	C	
6			C	C	C	C	C	
7			C	C	C	C	C	
8			C	C	C	C	C	
9			C	C	C	C	C	
10			C	C	C	C	C	

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-048
		Versión: 001
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 2

Condiciones del area (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Señalización y demarcación del area de trabajo							
2	Libres de obstáculos, vehículos y personal no autorizado							
3	Optimas condiciones climáticas (sin lluvia, sin fuertes vientos, sin tormenta eléctrica)							
4	Aseguro una distancia segun RETIE en caso de tener energia electrica							
5	Se tiene control de huecos o orificios							
6	Elementos (red o malla) que eviten que objetos y/o materiales puedan caer y ocasionar accidentes							
7	Trabajos que se vayan a efectuar sobre cubiertas o techos, se ha verificado el estado de estos (fibras de fibra, humedad, roturas o deslizantes)							
8	Plataforma de trabajo se encuentra limpia y sin sobrecargas							

Equipos y elementos de protección personal (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Casco: con barbuquejo, sin fisuras, limpio y completo							
2	Gafas: sin rayones, sin fisuras, con tela suletados							
3	Guantes antideslizantes sin cortes, libre de grasa, suciedad, polvo							
4	Otros: Indicar cuales?							

Equipos de protección contra caidas (seleccione con una X el equipo)

Arnes de cuerpo entero	X	Eslinga de posicionamiento		Eslinga de restricción
Eslinga con absorbedor		Mosquetones	X	Freno o arrestador de caidas
Linea de vida vertical portátil	X	Linea de vida vertical fija		Silla para suspensión
Linea de vida horizontal portátil		Linea de vida horizontal fija		Descendedor
Puntos de anclaje fijo		Puntos de anclaje portátil	X	Otro Cual?

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	**Estado arnéses, cinturones, rodilleras, cuerdas:** libres de cuarteaduras, fibras, cortadas, desgastadas/desgarradas, hormas, suelos contaminados química, estiramiento excesivo, nudos, decoloración							
2	**Conectores:** libres de cortadas, suelos cuarteaduras, deformidades, desgastadas, contaminación química,indicador de impacto							
3	**Elementos plásticos / estado de los protectores:** protectores/empalmes: Libres de deformación, fisuras, cortes, contaminación química,deterioro,indicador de impacto							

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-048
		Version: 001
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 3

No	Requerimientos	Lun.	Mar	Mier	Jue.	Vie.	Sab.	Dom
4	**Elementos metálicos (hebillas, argollas, ganchos mosquetones frenos, entre otros)** libres de corrosión, deformación, desgaste, fisuras, fins, rebabas, deformidades o abolladuras	/	C	C	C	C	C	/
5	Funcionamiento: ajuste, aseguramiento, cierre automático, bloqueo, funcionalidad del sistema, completos, sin partes faltantes	/	C	C	C	C	C	/
6	Etiqueta legible: Fecha de fabricación del equipo, certificación, limitación del equipo	/	C	C	C	C	C	/
7	Cumplen con la resistencia de 5000 libras y cuenta con su respectiva certificación	/	C	C	C	C	C	/

Sistemas de acceso (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

Escalera Tipo tijera		Andamios		Elevadores	
Escalera de extensión		Otros especifique cual			

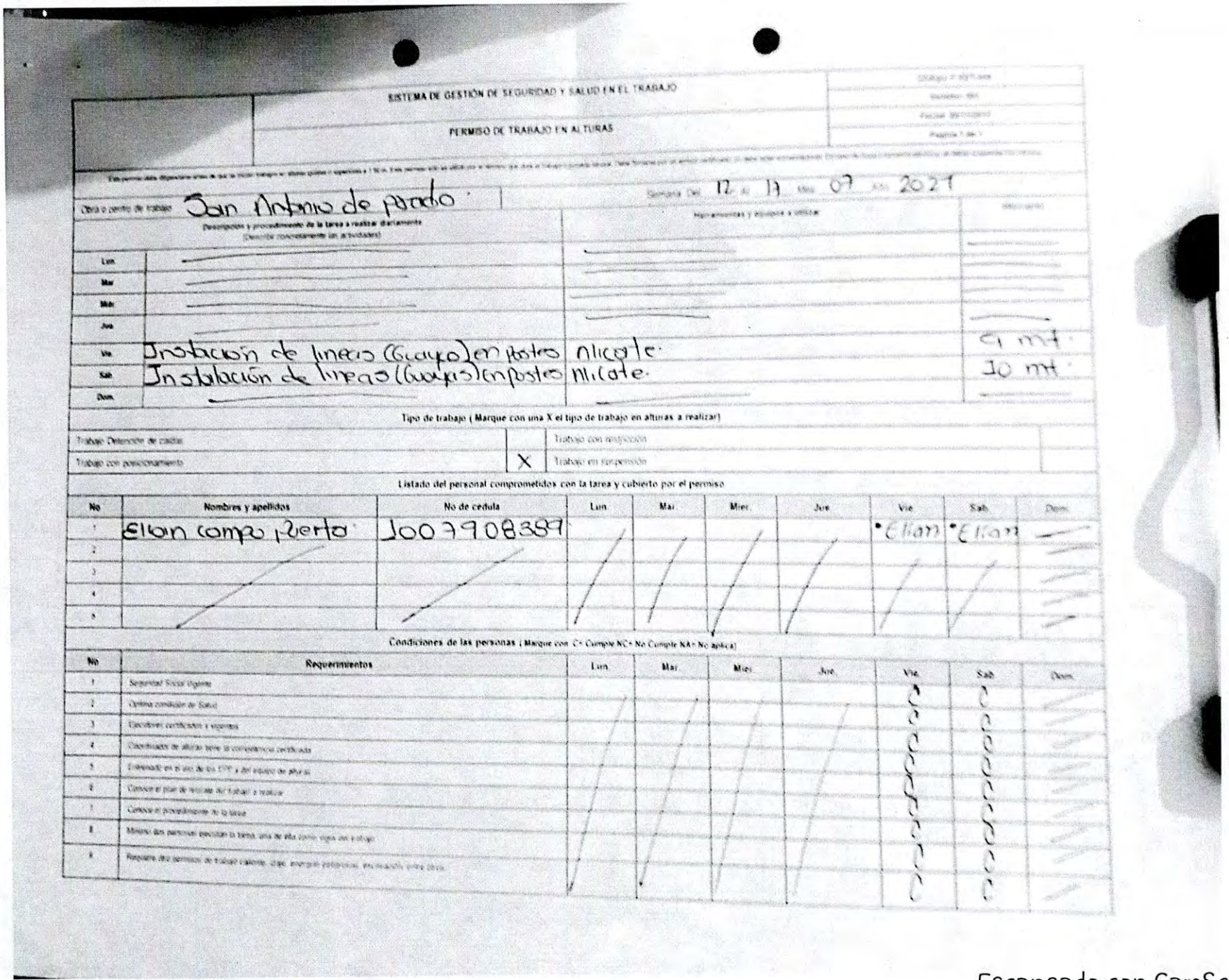
No	Requerimientos	Lun.	Mar	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom
1	Libres de corrosión	/	C	C	C	C	C	/
2	Completos, sin partes faltantes	/	C	C	C	C	C	/
3	Libre de grasa, suciedad, pintura	/	C	C	C	C	C	/
4	Sin fisuras o perforaciones	/	C	C	C	C	C	/
5	Acordes a la tarea	/	C	C	C	C	C	/
6	Superficie estable, nivelada	/	C	C	C	C	C	/

Como coordinador de alturas certifico que he revisado y verificado el área de trabajo, que las medidas de control de los riesgos han sido implementadas y que las herramientas, equipos de altura y sistemas de acceso requeridos para la labor, se encuentran en buen estado (el permiso debe ubicarse en un lugar visible del sitio de trabajo) Firmar en cada día de la semana

Nombres y apellidos	No de cedula	Autorización		Lun	Mar	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom
		Hora Inicial	Hora final							
• Heiln Rodriguez	• 71992593	7:00 am	5:00 pm	/	• RCHA	• RCHA	• RCHA	• RCHA	• RCHA	/
Heiln Rodriguez	• 71792593			/						/

Observaciones

Escaneado con CamScanner



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Obra o centro de trabajo: San Antonio de Pereira

Semana Del 12 Al 13 Mes 07 Año 2021

	Descripción y procedimiento de la tarea a realizar diariamente (Describir concretamente las actividades)	Herramientas y equipos a utilizar	Observaciones
Lun.			
Mar.			
Mié.			
Jue.			
Vie.	Instalación de lineas (Guaya) en postes	Alicate.	9 mt.
Sab.	Instalación de lineas (Guaya) en postes	Alicate.	10 mt.
Dom.			

Tipo de trabajo (Marque con una X el tipo de trabajo en alturas a realizar)

Trabajo Detención de caídas		Trabajo con restricción	
Trabajo con posicionamiento	X	Trabajo en suspensión	

Listado del personal comprometidos con la tarea y cubierto por el permiso

No	Nombres y apellidos	No de cedula	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Elian campo Uerta	1007908389	/	/	/	/	*Elian	*Elian	—
2			/	/	/	/	/	/	—
3			/	/	/	/	/	/	—
4			/	/	/	/	/	/	—
5			/	/	/	/	/	/	—

Condiciones de las personas (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Seguridad Social Vigente	/	/	/	/	C	C	/
2	Optima condición de Salud	/	/	/	/	C	C	/
3	Escaleras certificadas y vigentes	/	/	/	/	C	C	/
4	Coordinador de alturas tiene la competencia certificada	/	/	/	/	C	C	/
5	Entrenado en el uso de los EPP y del equipo de alturas	/	/	/	/	C	C	/
6	Conoce el plan de rescate del trabajo a realizar	/	/	/	/	C	C	/
7	Conoce el procedimiento de la tarea	/	/	/	/	C	C	/
8	Maximo dos personas ejecutan la tarea, una de ella como vigia del trabajo	/	/	/	/	C	C	/
9	Requiere otro permiso de trabajo caliente, clase, energías peligrosas, excavación entre otros	/	/	/	/	C	C	/

Escaneado con CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	

Condiciones del area (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Señalización y demarcación del área de trabajo					C	C	
2	Libres de obstáculos, vehículos y personal no autorizado					C	C	
3	Optimas condiciones climáticas (Sin lluvia, sin fuertes vientos, sin tormenta eléctrica)					C	C	
4	Asegure una distancia según RETIE, en caso de tener energía eléctrica					C	C	
5	Se tiene control de huecos u orificios					C	C	
6	Barreras (red o malla) que eviten que objetos y/o materiales puedan caer y ocasionar accidentes					C	C	
7	Trabajos que se vayan a efectuar sobre cubiertas o techos, se ha verificado el estado de estos (libres de tejas humedas, rotas o cristalizadas)					C	C	
8	Plataforma de trabajo se encuentra limpia y sin sobrecarga					C	C	

Equipos y elementos de protección personal (Marque con C= Cumple NC= No Cumple NA= No aplica)

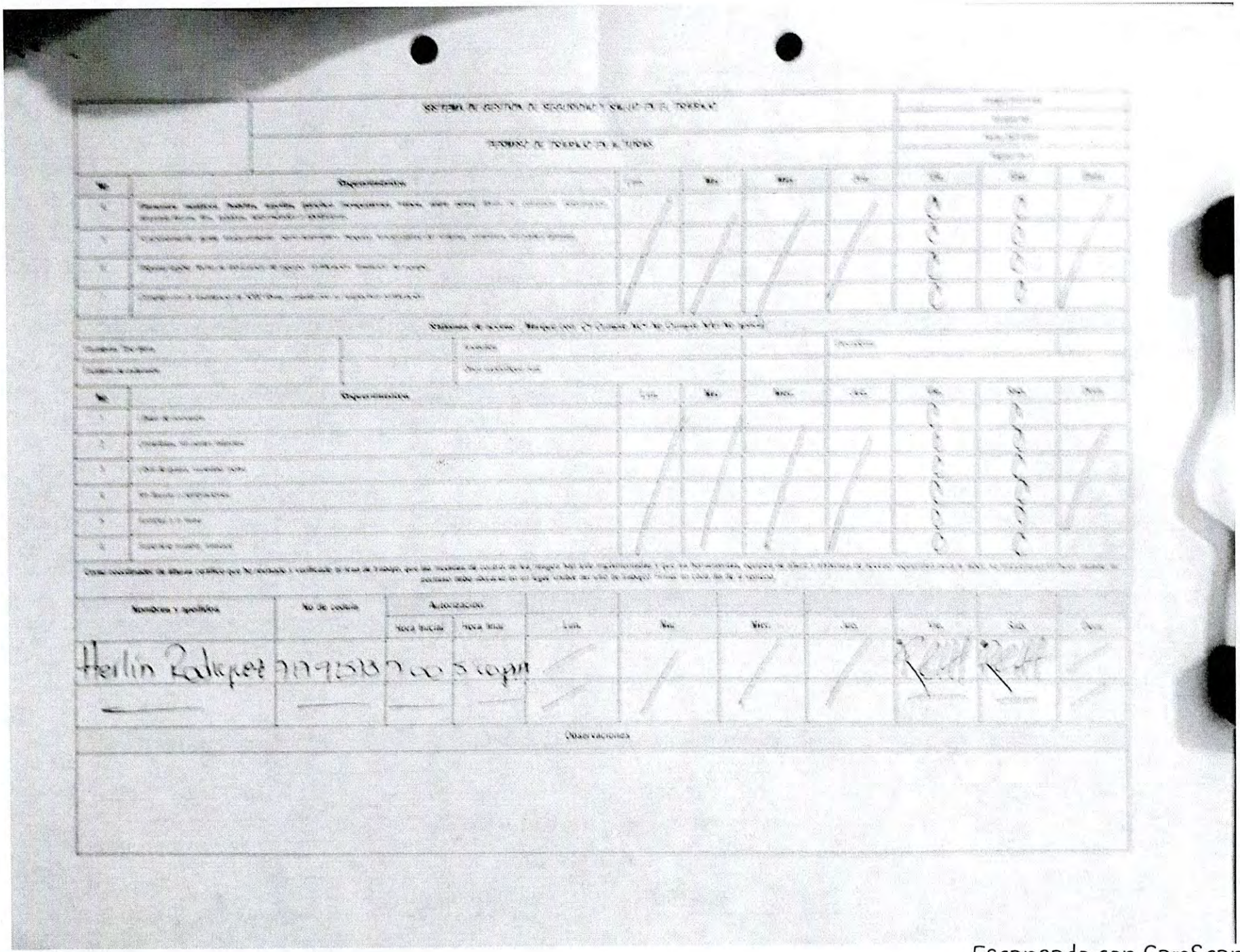
No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	Casco con barbuquejo, sin fisuras, limpio y completo					C	C	
2	Gafas sin rayones, sin fisuras, con hilo sujetador					C	C	
3	Guantes antideslizantes sin oficios, libre de grasa, suciedad, polvo					C	C	
4	Otros. Indique cuales?					C	C	

Equipos de protección contra caidas (seleccione con una X el equipo)

Arnés de cuerpo entero	X	Eslinga de posicionamiento		Eslinga de restricción	
Eslinga con absorbedor		Mosquetones	X	Freno o arrestador de caidas	
Linea de vida vertical portátil		Linea de vida vertical fija		Silla para suspensión	
Linea de vida horizontall portátil	X	Linea de vida horizontal fija		Descendedor	
Punto de anclaje fijo		Punto de anclaje portátil	X	Otro: Cual?	

No	Requerimientos	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.
1	**Estado tejidos, (correas, reatas, cuerdas):** libres de quemaduras,, fibras cortadas, desgastadas/desgarradas, torones sueltos,contaminación quimica, estiramiento excesivo, nudos, decoloración					C	C	
2	**Costuras:** libres de puntadas sueltas,quemaduras, reventadas,desgastadas,contaminación quimica,indicador de impacto					C	C	
3	**Elementos plásticos (estado de los protectores, protecciones):** Libres de deformación,fisuras, cortes, contaminación quimica,decoloración,indicador de impacto					C	C	

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

DRACSST
Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.

DR1781RE

DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.

certifica que:

ELIAN CAMPO PUERTA

CC: 1007908389

CURSO Y APROBÓ LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS

Otorgado por DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.AS
en la ciudad de Rionegro el **09-20-2020**

Certificado Icontec **# CS-CER654071**

Autorización del ministerio del trabajo #08SE201922000000003257

Rionegro 19 y 20 de Septiembre fecha de expedición 2020-09-20

Sandra Duque S.

Sandra Duque
Representante legal

MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
Entrenador (a) TSA
No Licencia - 60043059/03-04-19

S7S

576

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

JHON FREDY BUSTAMANTE ARIAS

Identificado con Cédula de Ciudadanía No 15.388.833

Cursó y aprobó la acción de formación en Reentrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
NIVEL AVANZADO

Con una duración de Veinte (20) horas, los días 20 y 21 de enero de 2021

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C.,
A los Veintiún (21) días del mes de Enero de Dos Mil Veintiuno (2021)

Juan Erwin Gómez Bohórquez
Tecnólogo en Salud Ocupacional
Entrenador de trabajo seguro en alturas
Licencia en Salud Ocupacional Resolución 12324 del 07/12/2010

Ana Edit Serrano Ceiy
Delegada centro de Formación
Safety Systems S.A.S.

Folio: S6143-21

SAFETY SYSTEMS S.A.S. NIT 900.313.623-7
Licencia SO 5078 de 28/04/2010
Calle 71 No. 57-55 Tels. (057) (1) 4770948 - 5473334 - 321 476 7104
Bogota - Colombia
Verificación de certificados en la página web: www.safetysystems.co ó escanea el código QR
Autorización Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000037362

DRACSST
Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.

DR1780RE

DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.
Certifica que:

JORGE ANDRES GALEANO MORALES

CC: 1010117682

CURSO Y APROBÓ LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS

Otorgado por DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.AS
en la ciudad de Rionegro el **09-20-2020**

Certificado Icontec **# CS-CER654071**

Autorización del ministerio del trabajo #08SE201922000000003257

Rionegro 19 y 20 de Septiembre fecha de expedición 2020-09-20

Sandra Duque S.

Sandra Duque
Representante legal

MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
Entrenador (a) TSA
No Licencia - 60043059/03-04-19

S74

DRACSST
Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.

DR1897RE

DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.A.S.
Certifica que:

KEVIN DE JESUS PEREZ SUAREZ

CC: 1007410513

CURSO Y APROBÓ LA CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS

Otorgado por DR Asociados Calidad, Soluciones y Servicios S.AS
en la ciudad de Rionegro el **09-28-2020**

Certificado Icontec **# CS-CER654071**

Autorización del ministerio del trabajo #08SE201922000000003257

Rionegro, 19 y 28 de Septiembre fecha de expedición 2020-09-28

Sandra Duque S.

Sandra Duque
Representante legal

MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
Entrenador (a) TSA
No Licencia - 60043059/03-04-19

570

579

El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., julio 30 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL Jnuenar sns

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JORGE ANDRES GALEANO MORALES, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1010117682, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: DR ASOCIADOS CALIDAD SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
SEDE DONDE SE FORMO: DR ASOCIADOS CALIDAD, SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
FECHAS DE FORMACIÓN: 19/09/2020 12:00:00 a. m. a 20/09/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día julio 30 de 2021

Bogotá D.C., julio 30 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL Jnuevar SAS

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que KEVIN DE JESUS PEREZ SUAREZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1007410513, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: DR ASOCIADOS CALIDAD SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
SEDE DONDE SE FORMO: DR ASOCIADOS CALIDAD, SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
FECHAS DE FORMACIÓN: 19/09/2020 12:00:00 a. m. a 28/09/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día julio 30 de 2021

580

El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., julio 30 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

Incenur sus

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que HERLIN ANDRES RODRIGUEZ CAMPO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 71792573, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: DR ASOCIADOS CALIDAD SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: MARY LUZ LONDOÑO DURANGO
SEDE DONDE SE FORMO: DR ASOCIADOS CALIDAD, SOLUCIONES Y SERVICIOS SAS
FECHAS DE FORMACIÓN: 19/09/2020 12:00:00 a. m. a 20/09/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día julio 30 de 2021

ANEXO EXAMEN Y NOTIFICACION DE EXAMENES MEDICOS

ALTAVISTA

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
RESTREPO POSADA LINA MARIA	CC 1128273442	33 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	SOLTERO (A)

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
...	VEREDA MANZANILLO	3206176035

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
notienecorreo@gmail.com	BÁSICA SECUNDARIA	A+

IMC	Hijos	EPS
26.38	1	SISBEN

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE DE VIAS	2021-07-22	08:48	09:43

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (HEMOCLASIFICACION) SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

Escaneado con CamScanner

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo, Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado, Utilizacion De Detergentes, Blanqueadores Y Solventes, Después Del Lavado De La Piel Se Recomienda La Utilización Cremas Hidratantes, Informar Oportunamente Lesiones Dermatológicas En Manos Y Vías Respiratorias./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 26 / 07 / 2021
Nombre del Trabajador: Lina María Restrepo

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Savia salud, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 22 / 07 / 2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA		ESPIROMETRIA	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
ENFASIS ALTURAS		EXAMENES DE LABORATORIO	✓

Concepto: Cumple para el cargo

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:

- Se le indica hacer uso adecuado y obligatorio de los epp para el desarrollo de las Actividades en obra
- Se sugiere control anual por optometria con su eps
- Cumplir con los protocolos de bioseguridad para la prevención del contagio de covid-19

Lina María Restrepo
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1128 273 412

Caroline Murillo L.
FIRMA ENCARGADO SST
CC: 1039622417

Escaneado con CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
POSADA LOAIZA BRAYAN STIVEN	CC 1152447111	27 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
.	VEREDA EL MANZANILLO	3227955590
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
posadaloaiza416@gmail.com	BASICA PRIMARIA	O+

IMC	Hijos	EPS
22.31	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-07-23	08:17	10:18

Lugar de realización examen Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

Escaneado con CamScanner

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 26/07/2021
Nombre del Trabajador: Brayan Stiven Posada Logiña

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Salud total, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 22 lot/2011

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA		ESPIROMETRIA	✓
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
ENFASIS ALTURAS		EXAMENES DE LABORATORIO	✓

Concepto: Cumple para el caso sin restricciones

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:

- Se sugiere control anual por optometria
- Se le indica hacer uso de los epp para el desarrollo de todas las actividades de obra
- Se le indica cumplir con todos los protocolos de bioseguridad para la prevencion del contagio por covid-19

Brayan Posada
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1.152.447.111

Carolina Murillo C.
FIRMA ENCARGADO SST
CC: 1035224973

Escaneado con CamScanner

Omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
900336649	CR 81 6 A 01 CA 118	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
BEDOYA LONDOÑO KAROL MAURICIO	CC 1039400180	32 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Olaya	Medellin	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
2270448	BARRIO VILLATINA	3136960316
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
correo@gmail.com	SECUNDARIA INCOMPLETA	O+

IMC	Hijos	EPS
20.06	1	SAVIA SALUD EPS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AUXILIAR	2021-05-24	16:03	16:43

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE CONTROL PERIÓDICO - OSTEOMUSCULAR	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CONTROL PERIODICO: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
OTRAS RECOMENDACIONES
Examen Control Periodico Satisfactorio - Puede Continuar Desempeñando Su Labor - /
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:		

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

MARLENY ZABALA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 43539861 RM. 5-2828
LIC. S.O. 32483

ZABALA SILVA MARLENY
43539861
R.M.: 143392 LIC.

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

589

GUINCO S.A.S. GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NIT. 900.136.643-7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 10/07/2024
Nombre del Trabajador: Karol Mauricio Bello ya londoño

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sanitas, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 29/05/24

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
ENFASIS ALTURAS		EXAMENES DE LABORATORIO	

Concepto: Cumple para el cargo sin restricciones

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:

- Se asigna control anual por optometria con su eps
- Se le indica hacer uso de los epp, para el desarrollo de todas las actividades de obra
- Cumplir con los protocolos de bioseguridad estipulados por la empresa para la prevencion del contagio por Covid - 19

Karol Mauricio B.L.
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1039400180

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 3739184

Escaneado con CamScanner

S90

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
VELASQUEZ OQUENDO DANY ALEJANDRO	CC 1018372425	34 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Betulia	Medellin	CASADO (A)
Teléfono Fijo	Dirección	Celular
.	CRA 28F 11 30 INT 201	3046089626
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
salomevelasquez1018@gmail.com	SECUNDARIA INCOMPLETA	O+

IMC	Hijos	EPS
21.3	4	NO REPORTA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
OFICIAL	2021-07-08	09:25	10:58

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD:** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Trabajo En Altura: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular, Metabólico, Auditivo, Neurológico, Visual Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultado De Examenes De Laboratorio Clinico Para Sistema De Vigilancia Epidemiologica Ocupacional Se Encuentran Entre Los Rangos Aceptables. /

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, EN TRABAJO EN ALTURAS, RESPIRATORIO
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

JOSE SANDRO MORALES MONSALVE
CC 91440276
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. S.O 27743

MORALES MONSALVE JOSE SANDRO
91440276
R.M.: 2017060040840

1018 372 473

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 10-07-2021.
Nombre del Trabajador: Dany A Velásquez. O

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sura., cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 08 julio 2021.

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	VISIOMETRIA
ENFASIS ALTURAS	EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Cumple para el cargo - Apto para Altura

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:
- Se sugiere control anual por optometria en forma ordinaria
- Se le indica hacer uso de los epp para el desarrollo de las actividades de obra
- Se sugiere cumplir con todos los protocolos de bioseguridad estipulado por la empresa para la prevencion del contagio por covid-19

FIRMA TRABAJADOR
CC: 1018372423

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 37584139.

Escaneado con CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
ESPINOSA ARIAS IVAN DARIO	CC 71590075	61 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
...	CARRERA 50 98-19	3117129959
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
correo@gmail.com	BASICA PRIMARIA	A+

IMC	Hijos	EPS
26.56	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-07-07	06:39	07:49

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Uso De Correción Permanente /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona, Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./
OTRAS RECOMENDACIONES
Los Anotados./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : A, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al item 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

TAPIAS MILLAN ALVARO
79236999
R.M.: R.M. 50677 LIC.SO. 37867

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 10-07-2021
Nombre del Trabajador: Juan Dario Espinosa Arias

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Salud total, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 9/07/2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS	EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Cumple para el cargo sin restricciones

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:

- Se sugiere control anual por optometria, hacer uso de lentes y correccion permanente
- Se sugiere hacer uso de los epp para el desarrollo de todas las actividades de la
- Cumplir con los protocolos de bioseguridad, estipulados por la empresa para la prevencion del contagio por covid-19

JUAN DARIO ESPINOSA ARIAS
FIRMA TRABAJADOR
CC: 71.590.075

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 39581139.

Escaneado con CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
PUYOSA GONZALEZ MAIQUEL ANTONIO	PE 824674803101994	26 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Caracas	Medellin	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
4481044	SANTA CRUZ	3113522845
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
correo@gmail.com	SECUNDARIA GRADUADO	O+

IMC	Hijos	EPS
23.03	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-06-25	07:41	10:05

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Trabajo En Altura: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular, Metabólico, Auditivo, Neurológico, Visual Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultado De Examenes De Laboratorio Clinico Para Sistema De Vigilancia Epidemiologica Ocupacional Se Encuentran Entre Los Rangos Aceptables. /

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 26-06-2021.
Nombre del Trabajador: Miguel Payosa.

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS _____, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: _____

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	VISIOMETRIA
ENFASIS ALTURAS	EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Apto para trabajo en altura.

Restricciones medicas: Sin restricciones

Observaciones y recomendaciones: Se sugiere control optometrico anual

Miguel Payosa
FIRMA TRABAJADOR
CC: 82467480310194

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43.523.593

Escaneado con CamScanner

omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
900336649	CR 81 6 A 01 CA 118	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
VIDALES GIRALDO OMAR ALEXIS	CC 1152222639	22 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellin	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
.	CALLE 56C 17A-07	3044054634
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
correo@gmail.com	SECUNDARIA INCOMPLETA	O+

IMC	Hijos	EPS
23.67	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
OFICIAL	2021-05-24	16:06	17:00

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE CONTROL PERIÓDICO - OSTEOMUSCULAR	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CONTROL PERIODICO: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
Se Recuerda Y Se Informa Realizar Hábitos De Salud Y Disminuir O Eliminar El Consumo De Cigarrillo/
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Evidencia Factores De Riesgo Según Indicaciones Y Lineamientos Entregados Por Minsalud Que Puedan Desencadenar Mayor Suceptibilidad A La Enfermedad Por Covid-19; En El Momento No Se Evidencia Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : B, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:		

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

MARTHA ELENA GALLEGO ZAPATA
CC 43507027
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. S.O 056371

GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA
43507027
R.M.: 5-2812-06

1152222153
FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

GUINCO S.A.S. GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NIT. 900.328.645-7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 10/07/2021
Nombre del Trabajador: Omar Ocdales

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Salud total, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 29/05/2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS	EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Cumple para el cargo

Restricciones medicas:

Ninguna

Observaciones y recomendaciones:

- Se sugiere control anual por optometria con su eps de forma ordinaria
- se le indico hacer uso de EPP, para el desarrollo de todas las Actividades de ob...
- Cumplir con los protocolos de bioseguridad para la prevencion del contagio por Covid-19

Omar Vivales
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1752222639

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 37581134

Escaneado con CamScanner

SAN ANTONIO

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
COGOLLO LOPEZ JUAN GABRIEL	CC 78755528	46 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Lorica	Bello	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3137598245	BARRIO PARIS	3137598245
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
correo@gmail.com	SECUNDARIA INCOMPLETA	AB+

IMC	Hijos	EPS
26.08	2	SURA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-07-02	08:04	10:32

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Usar Gafas De Corrección Optica Para Vision Cercana/
Se Solicita Valoración Por Optometría Por Hallazgos Encontrados En El Examen Complementario (Visiometria) Para Determinar Si Hay Corrección Dela Agudeza Visual./
- MEDICAS PERSONALES
Bajar De Peso, Se Indica Hábitos Saludables De Vida, Realizar Actividades Deportivas Y Recreativas, Se Fomenta Hábitos Saludables De Trabajo. Alimentación Balanceada./
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
Utilizar Gafas U Lentes Para Actividades Que Requieran Lectura O Manualidades Y Tambien Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes/
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Trabajo En Altura: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular, Metabólico, Auditivo, Neurológico, Visual Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultado De Examenes De Laboratorio Clinico Para Sistema De Vigilancia Epidemiologica Ocupacional Se Encuentran Entre Los Rangos Aceptables. /

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	CONSERVACION VISUAL
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	OPTOMETRA, ACTUALIZACION DE LENTES
ESTÀ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al item 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

MARTHA ELENA GALLEGO ZAPATA
CC 43507027
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 058371

GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA
43507027
R.M.: 5-2812-06

Ana Cogollo F
98 755 527
FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS		SOTARCO SAS		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
900538563	CR816A01CA118	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Apellidos y Nombres	**Documento de Identidad**	**Edad**	**Género**
HERNANDEZ BERRIO DIANA MILENA	CC 1017169820	31 AÑOS	FEMENINO
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3013593031	CRA 81 N 46 24		3013593031
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
autorizaciones@omnisalud.co	PROFESIONAL		O-
IMC	**Hijos**	**EPS**	
25.59	0	SURA	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cargo	**Fecha**	**Hora Ingreso**	**Hora Salida**
TRABAJADORA SOCIAL	2021-02-11	12:09	13:00
Lugar de realización examen	Medellin		

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	
Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (HEMOCLASIFICACION) SE REALIZA
- **VISIOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

[redacted]

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

LIBARDO DE JESUS GOMEZ ARIAS
CC 19245024
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O 058366/2012.
GOMEZ ARIAS LIBARDO DE JESUS
19245024
R.M.: 6863

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 26/06/2021
Nombre del Trabajador: Diana Milena Hernandez

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sura, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 11-02-2021.

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
ENFASIS ALTURAS		EXAMENES DE LABORATORIO	

Concepto: Ample para el cargo sin restricciones

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones:
Se sugiere control anual por optometría

Diana Fernandez B
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1017698220

FIRMA ENCARGADO SST
CC:

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
VELASQUEZ SANCHEZ DIANA CAROLINA	CC 1020447060	29 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Bello	Bello	CABEZA DE FAMILIA
Teléfono Fijo	Dirección	Celular
...	AVENIDA 32 N 34 17 - BELLO	3137909997
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
dicarolina.velasquez@gmail.com	UNIVERSIDAD EN CURSO	A+

IMC	Hijos	EPS
28.76	2	SURA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
RESIDENTE AMBIENTAL	2021-07-01	09:21	11:22

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PIE CUALITATIVA) SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARÍA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Se Presenta Con Gafas U Lentes Con Formula Correcta Y Se Indica Que Debe Continuar Con Sus Lentes Actuales Y De Forma Permanente /
Uso De Correción Permanente /
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
OTRAS RECOMENDACIONES
Los Anotados./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Trabajo En Altura: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular, Metabólico, Auditivo, Neurológico, Visual Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultado De Examenes De Laboratorio Clinico Para Sistema De Vigilancia Epidemiologica Ocupacional Se Encuentran Entre Los Rangos Aceptables. /

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

TAPIAS MILLAN ALVARO
79236999
R.M.: R.M. 50677 LIC.SO. 37867

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 2.7.2021
Nombre del Trabajador: Diana Carolina Velásquez Sánchez

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sura, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 01.07.2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS ✓	EXAMENES DE LABORATORIO ✓

Concepto: Apto para el cargo sin restricciones

Restricciones medicas:

Observaciones y recomendaciones:
Control anual de optometría de forma preventiva
Continuar haciendo uso autoinducido y permanente de sus lentes
Hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y hacer actividad deportiva

FIRMA TRABAJADOR
CC: 1020447060

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43.523.533

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
OCHOA TORRES DANIELA	CC 1152210236	25 AÑOS	FEMENINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia		Estado Civil
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	Dirección		Celular
3008834344	CRA 58 77 41		3008834344
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
dani8atorres@gmail.com	TECNÓLOGO		AB+
IMC	Hijos	EPS	
26,31	0	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AUXILIAR DE CAMPO	2021-07-01	07:26	10:23

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PIE CUALITATIVA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARÍA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Usar Gafas De Corrección Optica Para Vision Lejana Y De Forma Permanente/
Se Solicita Valoración Por Optometría Por Hallazgos Encontrados En El Examen Complementario (Visiometria) Para Determinar Si Hay Corrección Dela Agudeza Visual./
- MEDICAS PERSONALES
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos De Su Perfil Lipidico Por El Medico Líder De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Y Seguir Indicaciones Medicas./
Bajar De Peso, Se Indica Hábitos Saludables De Vida, Realizar Actividades Deportivas Y Recreativas, Se Fomenta Hábitos Saludables De Trabajo. Alimentación Balanceada./
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X. OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	CONSERVACION VISUAL
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NUTRICIONISTA, OPTOMETRA
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

93.983.352

MUENTES GONZALEZ RITA ESTHER
43983352
R.M.: R.M.56894 LIC. SO.3462

1.143.121.226

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 06 DE JULIO DE 2021
Nombre del Trabajador: Daniela Ochoa Tovar

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Nueva EPS., cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 01-07-2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS ✓	EXAMENES DE LABORATORIO ✓

Concepto: Ample sin restricione

Restricciones medicas: ✓

Observaciones y recomendaciones:
Control pro optometrico para determinar si hay corrección visual.
Continuar con control preventivo de perfil lipidico
Hábitos de vida saludable para bajar de peso.

Daniela O

FIRMA TRABAJADOR
CC: 1152210236

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43-529-573

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 06 julio 2021
Nombre del Trabajador: Dany Johana Cadena Nieto

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Nueva Eps., cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 01-07-2021

Exámenes realizados:

X AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X VISIOMETRIA
X ENFASIS ALTURAS	X EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Acb con restricciones

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones:

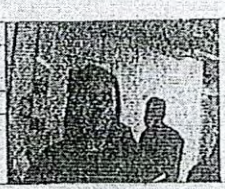
FIRMA TRABAJADOR
CC: 37581139

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43575573

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
CADENA NIETO DARLY JOHANA	CC 37581139	35 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Barrancabermeja	Medellin	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3144379921	CRA 76 110A59	3144379921
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
nani.cadena19@gmail.com	PROFESIONAL	O+

IMC	Hijos	EPS
25.71	0	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AUXILIAR SST	2021-07-02	09:18	11:09

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	**MOTIVO**
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (PIE CUALITATIVA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC ; SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Bajar De Peso, Se Indica Hábitos Saludables De Vida, Realizar Actividades Deportivas Y Recreativas, Se Fomenta Hábitos Saludables De Trabajo. Alimentación Balanceada./
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Trabajo En Altura: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular, Metabólico, Auditivo, Neurológico, Visual Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales. Resultado De Examenes De Laboratorio Clínico Para Sistema De Vigilancia Epidemiologica Ocupacional Se Encuentran Entre Los Rangos Aceptables. /

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-Ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

MARTHA ELENA GALLEGO ZAPATA
CC 43507027
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UC: S.O 058371

GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA
43507027
R.M.: 5-2812-08

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS		SOTARCO		
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
GUTIERREZ MARTINEZ JUAN DAVID	CC 1128421122	33 AÑOS	MASCULINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia		Estado Civil
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	Dirección		Celular
3176078077	SAN ANTONIO DE PRADO		3176078077
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
correo@gmail.co	SECUNDARIA INCOMPLETA		A+
IMC	Hijos	EPS	
26,45	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
ALMACENISTA	2021-06-30	07:31	09:16
Lugar de realización examen: Medellin			

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	
Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

43 983352

MUENTES GONZALEZ RITA ESTHER
43983352
R.M.: R.M.56894 LIC. SO.3482

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SUTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 02 julio 2021
Nombre del Trabajador: JUAN DAVID GM

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sol Total, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 06-30-21.

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS ✓	EXAMENES DE LABORATORIO ✓

Concepto: Sin restricciones para trabajo en alturas

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones:
Control anual con optometria de forma mensual
Cumplir con los protocolos preventivos del covid y demas normas establecidas en la empresa.

JUAN DAVID GM
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1128421177

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43572573

Omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS		SOTARCO		
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
GUTIERREZ MARTINEZ JUAN DAVID	CC 1128421122	33 AÑOS	MASCULINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia		Estado Civil
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	Dirección		Celular
3176078077	SAN ANTONIO DE PRADO		3176078077
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
correo@gmail.co	SECUNDARIA INCOMPLETA		A+
IMC	Hijos	EPS	
26.45	0	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
ALMACENISTA	2021-06-30	07:31	09:16
Lugar de realización examen	Medellin		

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	
Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometria De Forma Rutinaria/
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura. Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Esto Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al item 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional o identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

43983352

MUENTES GONZALEZ RITA ESTHER
43983352
R.M.: R.M.56894 LIC. SO.3482

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 02 julio 2021
Nombre del Trabajador: JUAN DAVID G M

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sol Total, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 06-30-21.

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS ✓	EXAMENES DE LABORATORIO ✓

Concepto: Sin restricciones para trabajo en alturas

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones:
Control anual con optometria y formula actualizada
Cumplir con los protocolos preventivos del covid y demas normas establecidas en la empresa.

Juan David G M
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1128 421 177

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 4357353

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad		Edad	Género
CORREA PULGARIN YEISON ANDRES	CC 1128458220		27 AÑOS	MASCULINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia			Estado Civil
Libonina	Medellin			SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	Dirección			Celular
...	SANTANTONIO DE PRADO			3203029572
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad			Hemoclasificación
correo@gmail.com	SECUNDARIA GRADUADO			A+
IMC	Hijos	EPS		
17.53	1	SAVIA SALUD EPS		

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-06-30	07:32	10:29

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO - TRABAJO EN ALTURAS	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (GLICEMIA) SE REALIZA
- EXAMENES DE LABORATORIO: (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD: SE REALIZA
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometria De Forma Rutinaria/
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /
- MEDICAS PERSONALES
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud, Valoracion Con La Nutricionista Por Su Indice Masa Corporal. Se Le Recomienda Seguir Indicaciones Para Aumentar De Peso Y Mejorar Hábitos De Alimentación, Como Informa El Medico Tratante/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Recuerda Y Se Informa Realizar Hábitos De Salud Y Disminuir O Eliminar El Consumo De Cigarrillo/
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entrégan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Lineas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Alturas. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Labores En Alturas. Cumplir Con La Resolución 1409 Del 2012 (Trabajo En Alturas) Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen En Alturas, Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas, Disponer De Personal Calificado, Competente Y Entrenado Para Realizar Labores En Altura, Implementar Programas De Capacitación Y Entrenamiento Para Los Trabajadores Que Trabajen En Alturas. Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Despláceso En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Usar Adecuadamente Todos Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para Realizar Su Trabajo De Manera Segura Suministrados Por El Empleador, Utilizar Protección Respiratoria Adecuada En Ambientes Con Material Particulado./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO, EN TRABAJO EN ALTURAS
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	PSICOSOCIAL.
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	FUMADOR
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

43 983352

MUENTES GONZALEZ RITA ESTHER
43983352
R.M.: R.M.56894 LIC. SO.3482

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 04 JULIO 2021
Nombre del Trabajador: Yason Andres Correa Pulgarin.

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Sabia Salud, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 30-06-2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA ✓	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓
ENFASIS ALTURAS ✓	EXAMENES DE LABORATORIO ✓

Concepto: Cumple sin restricciones para labores en alturas

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones:
Control anual con optometria
Mejorar hábitos dietarios saludables para aumento de peso
Control preventivo con nutricionista

Yason Correa.
FIRMA TRABAJADOR
CC: 1128458720.

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 43572593

omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SOTARCO SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
800129071	CR 45 9 SUR 12 AP 603	4444017	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
RUIZ YEISON DAVID	CC 1193232351	29 AÑOS	MASCULINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia		Estado Civil
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	Dirección		Celular
3116943698	SECTOR LOS VARGAS		3116943698
Correo Electrónico	Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
correo@gmail.com	PRIMARIA		O+
IMC	Hijos	EPS	
24.46	0	SALUDCOOP EPS	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AYUDANTE	2021-06-22	14:24	15:46
Lugar de realización examen	Medellin		

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	
Tipo de examen realizado	
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR	
Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Se Sugiere Control Anual De Optometria De Forma Rutinaria/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Lineas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Si Va Utilizar Arma De Fuego Debe Realizara Los Examenes Requerido Por La Ley (Audiometria Y Visiometria Entre Otros), Realizar Capacitación De Manejo Armas Fuego Si Va Manejarlas, Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados Y Velar Por Su Seguridad Y La De Sus Compañeros. Verificar Previo Al Inicio De Labores El Estado De Los Elementos De Protección Personal Y Dotación, Informar Oportunamente Cambios Anormales De Salud Y Consultar A La Eps. Realizar El Seguimiento Definido En El Programa De Prevención De Riesgos Públicos. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laborales Como Por Fuera Del Trabajo Y En Especial Si Hace Prácticas De Polígono/
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas qua la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

43983352

MUENTES GONZALEZ RITA ESTHER
43983352
R.M.: R.M.56894 LIC. SO.3482

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

622

SOYAPCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 26.06.2021
Nombre del Trabajador: Yeison David Diaz

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Salud Coop EPS, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 22.06.2021

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
ENFASIS ALTURAS		EXAMENES DE LABORATORIO	

Concepto: Sin restricciones

Restricciones medicas: /

Observaciones y recomendaciones: /

Yeison
FIRMA TRABAJADOR
CC:

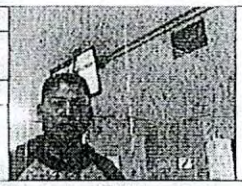
1.193232354
FIRMA ENCARGADO SST
CC:

Contratista Tomas

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
MDC URBANISMO SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
901374843	CL 80 28 06 IN 207	3012245263	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
VILLEGAS DUARTE JAIVER OVED	CC 71353261	37 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Unguía	Medellin	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3127183753	CRA 28 # 75 C 113	3127183753
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
autorizaciones@omnisalud.co	NINGUNO	B+

IMC	Hijos	EPS
25.3	2	NO REPORTA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
OFICIOS VARIOS	2020-12-12	09:05	09:24

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador. Cumplir Con Los Procedimientos Para El Trabajo Seguro En Zona. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar Su Trabajo. Utilizar Una Adecuada Higiene Postural Y Mecánica Corporal Para La Movilización De Cargas Y Para Realizar Las Demás Tareas De Su Ocupación. Garantizar A Través De Permisos Las Labores Que Se Desarrollen De Manera Segura. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). Utilizar Medidas De Prevención Y Protección Contra Caídas. Si Va A Estar Expuesto Ocupacionalmente A Ruido Superior A 85 Db Requiere Que Se Le Realice Audiometría Clínica De Ingreso. Utilizar Protección Auditiva Tipo Silicona En Ambientes Ruidosos Tanto Laboral Como Por Fuera Del Trabajo. Seleccionar La Protección Respiratoria Adecuada Teniendo En Cuenta Producto Y Nivel De Exposición, Condiciones Del Trabajador Y Tipo De Trabajo. Realice Ejercicio Y Buenos Hábitos De Vida. Realizar Marcha Segura Para Desplazamientos Por Escaleras, Pisos Irregulares Y Vías Públicas./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Articulo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

70566128
CESAR AUGUSTO TAMAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 70566128 RM.
LIC. S.O. 15171-08

TAMAYO JARAMILLO CESAR AUGUSTO
70566128
R.M.: 2019060049715

Jaivey Villegas 77353261

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

625

GUINCO S.A.S. GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NIT 900.336.649-7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-025
		Versión: 001
	NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN ESTADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 19 julio 2021
Nombre del Trabajador: Javier Alexander Duarte

De acuerdo con los resultados del examen médico ocupacional, por favor solicitar a su EPS Nueva EPS, cita con el médico de familia en un tiempo máximo de 45 días, con el fin de dar a conocer las recomendaciones emitidas por el médico especialista en salud ocupacional quien realizo dicho examen.

Fecha del examen: 12-12-2020

Exámenes realizados:

AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	VISIOMETRIA
ENFASIS ALTURAS	EXAMENES DE LABORATORIO

Concepto: Sin Restricciones para el cargo.

Restricciones medicas:

/

Observaciones y recomendaciones:

/

Javier Villegas
FIRMA TRABAJADOR
CC: 77353267

FIRMA ENCARGADO SST
CC: 3758134

INFORMACION COVID-19

URGENCIAS MANIFIESTAS 4			Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 DE 1

Fecha: _____ Lugar: _____

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: los o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? SI o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? SI o NO	TEMPERATURA	FIRMA
1	MARCELA IVONNES	1038108968	21-07-21	7:30AM		FACTOR INGENIERIA	3135483702	NO	NO		
2	Juan Pablo Mora	8.434.455	21-07-21	9:00AM		Sobrinos	3104649816	NO	NO		
3	JOHN BAYRON SERNA V	71.615.366				SJF	319 417 8391	NO	NO		
4	Maria Alejandra Gallo	1152461429	210721			SIF	3005942482	NO	NO		
5	Margarita Rios	43528714	21/7/21			SIF	3122063273	NO	NO		
6	[illegible]	43276015	21/7/21	9:00AM		[illegible]	300 4588329	NO	NO		
7	Sebastián Betancur	1020442914	21/7/21	9.00		Interventoría	3146732978	NO	NO		
8	Diana Hernandez	1017169820	21/07/21	9:00am		Contratista	3013579031	NO	NO		
9	Carolina Velasquez	1020447080	21/07/21	9:00am		Contratista	3137109997	NO	NO		
10	Juan Felipe Medina P.	1040321336	21/07/21	8.30		Factor	3113606277	NO	NO		
11	Julian Vasquez R	71279710	21/7/21	8:30		Factor Ingeniería	3206662583	NO	NO		
12	Carolina Morillo C.	1035229477	21/07/21	9:00		Contratista	3214469602	NO	NO		Carolina Mo
13	Eloy F. Palacio	8025870	30/07/21	3:50		Factor Ing	3013921606	NO	NO		
14	Sebastián Betancur	1020442914	30/07/21	3:50		Factor Ing.	3146873278	NO	NO		
15	Maria Alejandra Gallo	1152461429	30/07/21	3:50		SIF	3005942482	NO	NO		

Escaneado con CamScanner

Fecha: _____ Lugar: _____

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes síntomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado? Si o NO	TEMPERATURA	FIRMA
16	JOHN BAYRON SERNA V.	71.615.866	30-07-21	3:50		SIF	319-417-8891	NO	NO		
17	Freddy Loaiza	1152445166	30-07-21	359		SAL	3105349001	NO	NO		Freddy Loaiza
18	Juan Carlos Montoya	8.434.499	30-07-21	4:00		Contratista	3105552907	NO	NO		
19	Jose Antonio Cal	8315998	30/07/21	4:00		Comunidad		NO	NO		
20	Oscar Loaiza	8295638	30/07/21	4:00		Comunidad		NO	NO		
21	Alfredo Vargas H	70070048	30/07/21	4:00		Comunidad		NO	NO		
22	Jaime Posada	71612230	30/07/21	4:00		Comunidad	3207309991	NO	Jaime Posada		
23	Flora Teresa Loaiza	32.519432	30/07/21	4:00		Comunidad	3116955304	NO	NO		Flora Teresa Loaiza
24	Juan Fernando Cifuentes	1152463393	30/07/21	4:00		Comunidad	3194640365	NO	NO		Juan A
25	Andres Felipe Villa	1001235890	30/07/21	4:00		Comunidad	3137615632	NO	NO		Andrés
26	Tomas Loaiza	71664136	30/07/21	4:00		Comunidad	3218973194	NO	NO		
27	Mercedes Loaiza	42.719.857	30/07/21	4:00		Comunidad	3023368777	NO	NO		Mercedes L.
28	Jose Posada Baena	70077220	30/07/21	4:00		Comunidad		NO	NO		
29	Nelson Gaviria	5.991660	30/07/21	4:00		Comunidad	3124977444	NO	NO		
30	Diana Loaiza	43276342	30/07/21	4:00		Comunidad	3215916266	NO	NO		Diana Loaiza

Escaneado con CamScanner

Fecha: _____ Lugar : _____

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	EMPRESA	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	Presenta alguno de los siguientes sintomas: tos o estornudos frecuentes, dolor de cabeza y malestar general, dolor de garganta o al tragar, dificultad para oler o degustar los alimentos? Si o NO	Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o esta confirmado? SI o NO	TEMPERATURA	FIRMA
31	Paola cano	1001233734	30/04/21	30/04/21		Comunidad	3167997775	NO	NO		Paola cano
32	luis A. Taborda	3359818	4:00	30/04/21		Comunidad	—	NO	NO		
33	luis Correa	98.551977	9:00	30/04/21		secretaria de seguridad corregida	3103294704	NO	NO		
34	Angelc mesa	43617168	30/04/21	30/04/21		comunidad	3015222039	NO	NO		Angela Sosa

Escaneado con CamScanner

ALTAVISTA

ENCUESTAS COVID

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Diana Hernandez Bermo

Identificación: 1014169820

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la Infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana	Diana

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Diana Carolina Murillo C

Identificación: 1036229977

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES:																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c. en las ultimas 48 horas?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene los o estornudos frecuentes?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 dias contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																			NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																			Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	/	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo	Carolina Murillo

Escaneado con CamScanner

	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Dany Alejandro Velasquez Oquendo

Identificación: 1.018.372.425

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las últimas 48 horas?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?												NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan David Espinosa Arias

Identificación: 71.590.075

El presente formulario hace parte las estrategias para la contención y disminucion del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?												NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	/	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR												JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	— — —	JUANDARIOEA	— — —	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	— — —	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA	JUANDARIOEA

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Juan Carlos Montoya

Identificación: 8.934.499

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

635

GUINCO S.A.S	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Karol. Mauricio. Bedoya. londoño

Identificación: 1.039 400 180

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: JUILIO																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO			
FIRMA DEL TRABAJADOR	Karol	Karol	Karol		Karol	Karol	Karol	Karol	Karol	Karol		Karol	Karol	Karol	Karol	Karol	Karol		Karol	Karol	Karol	Karol	Karol	Karol		Karol	Karol	Karol			

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Lino Mario Restrepo Posada

Identificación: 1.128.273.992

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

MES: Julio

DETALLE/ DIA DEL MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																										Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.	Lina María R.P.

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Maiquel Antonio Puyosa Contalet

Identificación: 82 06 748 03 10 1994

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del Impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: abril																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las últimas 48 horas?											NO	NO						/						/			NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o esté confirmado?											NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR											Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa		Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa		Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa	Maiquel Puyosa

Escaneado con CamScanner

GUINCO SAS	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Omar Alexis Vidales Giraldo

Identificación: 7752222639

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar **SI o NO** dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: JUILIO																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las ultimas 48 horas?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?	NO	NO	NO			NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO		NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.			Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.		Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.		Alexis V.		Alexis	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.		Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.	Alexis V.

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 de 1

Nombre: Santiago Tabaido

Identificación: 71.797.339

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro decada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38 °c. en las ultimas 48 horas?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																						NO	NO	NO	/	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																															

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	ENCUESTA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL CORONA VIRUS - COVID 19	Versión: 001 Fecha: 12/04/2020 Pagina: 1 de 1

Nombre: Brayan Stiven Posada Loaiza

Identificación: 1.152.947.111

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del Impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19).
Contestar SI o NO dentro de cada casilla según corresponda

DETALLE/ DIA DEL MES	MES: Julio																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. ¿Tiene o ha tenido temperatura igual o mayor a 38°c, en las últimas 48 horas?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. ¿Tiene tos o estornudos frecuentes?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. ¿Tiene dolor de cabeza y malestar general?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. ¿Tiene dolor de garganta o al tragar?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
5. ¿Tiene mucosidad nasal?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. ¿Tiene dificultad para oler o degustar los alimentos?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Usted ha tenido en los últimos 14 días contacto con un caso de COVID – 19 que este en proceso de investigación o este confirmado?																										NO	NO	NO	NO	NO	NO
FIRMA DEL TRABAJADOR																										Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada	Brayan Posada

Escaneado con CamScanner

COMPROMISOS

643

SOTARBO SAS Ingenieros - Contratistas	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	Versión: 001
		Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Yo. Brayan Stiven Posada Loaiza,
mayor de edad, identificado(a) con cédula No. 1.152-447.111 de Medellin en mi condición de trabajador de la obra Uma 9 por medio del presente escrito manifiesto que me he presentado a mi lugar de trabajo de forma voluntaria. Asi mismo manifiesto que me encuentro en buen estado de salud, que no tengo ningún sintoma sugestivo o indicativo de COVID-19 y que he recibido por parte de mi empleador la información y capacitación necesaria sobre los síntomas, riesgos, forma de propagación y los cuidados laborales y personales que se deben tener; y se me han brindado los elementos de bioseguridad requeridos para continuar con las labores propias de mi cargo y me comprometo a utilizarlos en la forma indicada y responsable , para efectos de cuidar mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Adicionalmente, soy consciente que el COVID-19, es una enfermedad de fácil y de rápida propagación que se puede adquirir en cualquier momento, razón por la cual me comprometo a informar a mi superior, cualquier variación en mi estado de salud o la de mis compañeros.

Atentamente,

Brayan Stiven Posada Loaiza

NOMBRE DEL TABAJADOR

C.C 1.152.447.111

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	Versión: 001
		Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Yo Jhon Alejandro Velásquez O, mayor de edad, identificado(a) con cédula No. 1018.372.425 de Betulia Ant en mi condición de trabajador de la obra Urgencias Humedos 4 por medio del presente escrito manifiesto que me he presentado a mi lugar de trabajo de forma voluntaria. Así mismo manifiesto que me encuentro en buen estado de salud, que no tengo ningún síntoma sugestivo o indicativo de COVID-19 y que he recibido por parte de mi empleador la información y capacitación necesaria sobre los síntomas, riesgos, forma de propagación y los cuidados laborales y personales que se deben tener; y se me han brindado los elementos de bioseguridad requeridos para continuar con las labores propias de mi cargo y me comprometo a utilizarlos en la forma indicada y responsable , para efectos de cuidar mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Adicionalmente, soy consciente que el COVID-19, es una enfermedad de fácil y de rápida propagación que se puede adquirir en cualquier momento, razón por la cual me comprometo a informar a mi superior, cualquier variación en mi estado de salud o la de mis compañeros.

Atentamente,

Jhon A Velásquez O

NOMBRE DEL TABAJADOR

C.C 1018372425

Escaneado con CamScanner

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19) por parte del Proyecto, para el cuidado de su población laborante en aras de evitar el contagio masivo y cuidar a las familias y población general, estrategias enmarcadas dentro de la legislación nacional y las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el **Ministerio de la Protección Social.**

La información aquí contenida debe ser verídica so pena de incurrir en falta al Título XIII, Capítulo primero, artículo 368 que hace referencia a la violación a las medidas sanitarias el cual contempla pena intramural de entre 4 y 8 años.

FECHA	10/12/21	LUGAR DE DILIGENCIAMIENTO	Medellín.		
NOMBRE COMPLETO	Dany Alejandro Vasquez Ogando.			EDAD	34 años
IDENTIFICACIÓN	1018372475	EMPRESA	Sotarco	CARGO	oficial.
TELÉFONO	3046089620	LUGAR DE RESIDENCIA	Popular # 1		
CUÁNTAS PERSONAS COMPONEN SU NÚCLEO FAMILIAR:	5				
POR FAVOR ANOTE EL NÚMERO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR:	311 493 79 11				

DILIGENCIE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS				
1. Ha salido del país durante los últimos 14 días?	SI		NO	X
2. Ha tenido contacto cercano con alguna persona que haya ingresado al país proveniente de áreas con circulación del nuevo coronavirus (COVID 19)?	SI		NO	X
3. Ha tenido contacto estrecho durante los últimos 14 días con personas con diagnóstico confirmado o sospechosas de tener COVID 19? Entiéndase contacto estrecho como: - Haber estado a menos de 2 metros de un caso confirmado de COVID-19. - Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados). - Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado de COVID-19. - Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se siente dos asientos, en cualquier dirección, del caso de COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.	SI		NO	
4. Tiene alguno de los siguientes síntomas?				
Temperatura de 38 grados o más (Fiebre) en las últimas 48 horas	SI		NO	X
Tos o estornudos frecuentes	SI		NO	X
Dolor de cabeza y malestar general	SI		NO	X
Dolor de garganta o al tragar	SI		NO	X
Mucosidad nasal	SI		NO	X
Dificultad para oler o degustar los alimentos	SI		NO	X
5. Ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?				
Diabetes	SI		NO	X

Declaro que la información aquí suministrada después de leer y entender las preguntas es verídica:

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO	Versión: 001
		Fecha: 30/11/20217
		Página 2 de 2

Hipertensión Arterial	SI		NO	X
Otros problemas cardiovasculares: Especificarlos	SI		NO	X
Algún trastorno de la inmunidad o de las defensas	SI		NO	X
Enfermedad renal crónica	SI		NO	X
Problemas de mal nutrición (Desnutrición u Obesidad)	SI		NO	X
Asma	SI		NO	X
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI		NO	X
6. Para las mujeres: ¿Está embarazada o sospecha estarlo?	SI		NO	
7. Ha sido trasplantado o ha tenido una gran cirugía por causas no traumáticas o accidentales	SI		NO	X
8. ¿Es usted un fumador(a) activo?	SI		NO	X
9. ¿Está consumiendo actualmente medicamentos antinflamatorios o acetaminofén?	SI		NO	X
10. ¿Ha tenido un aislamiento en su lugar de residencia, minimo por dos semanas?	SI		NO	X
11. ¿Durante la cuarentena ha tenido que salir de su lugar de alojamiento por algún motivo? Si es afirmativo, describa las actividades realizadas, el lugar, la frecuencia y el tiempo que duró la actividad.	SI		NO	|
12. ¿Considera que ha estado estresado, ansioso, triste o preocupado?	SI		NO	X
13. ¿Tiene alguna dificultad familiar que le impida desarrollar su labor?	SI		NO	X
14. ¿Considera que se encuentra en condición óptima, tanto física como mental, para ingresar y continuar con su actividad laboral?	SI	X	NO	
15. ¿Está de acuerdo en cumplir a cabalidad con todas las recomendaciones y los procedimientos que la empresa ha adoptado para la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, dentro de cada centro de trabajo?	SI	X	NO	
16. Por favor anote el nombre y teléfono de las personas (diferentes al núcleo familiar), con las que haya tenido contacto en los últimos 15 días				X
17. Usted convive con personas consideradas como de alto riesgo? Describa quien es esa persona y por qué se considera de alto riesgo.				X
18. Qué medio de transporte utiliza para desplazarse desde su vivienda hacia su sitio de trabajo y viceversa? Ribodo				

Firma y Cédula:

1 [illegible] C.C 1018372425

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros · Contratistas	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	Versión: 001
		Fecha: 30/11/2017
		Página 1 de 1

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Yo Juan Darío Espinosa Arias.,
mayor de edad, identificado(a) con cédula No. 71590075. de _____ en mi condición de trabajador de la obra Orgenacos Nomiñas 4 por medio del presente escrito manifiesto que me he presentado a mi lugar de trabajo de forma voluntaria. Así mismo manifiesto que me encuentro en buen estado de salud, que no tengo ningún síntoma sugestivo o indicativo de COVID-19 y que he recibido por parte de mi empleador la información y capacitación necesaria sobre los síntomas, riesgos, forma de propagación y los cuidados laborales y personales que se deben tener; y se me han brindado los elementos de bioseguridad requeridos para continuar con las labores propias de mi cargo y me comprometo a utilizarlos en la forma indicada y responsable , para efectos de cuidar mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Adicionalmente, soy consciente que el COVID-19, es una enfermedad de fácil y de rápida propagación que se puede adquirir en cualquier momento, razón por la cual me comprometo a informar a mi superior, cualquier variación en mi estado de salud o la de mis compañeros.

Atentamente,

JUAN DARIO ESPINOSA ARIAS

NOMBRE DEL TABAJADOR

C.C 71.590.075

Escaneado con CamScanner

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO

El presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19) por parte del Proyecto, para el cuidado de su población laborante en aras de evitar el contagio masivo y cuidar a las familias y población general, estrategias enmarcadas dentro de la legislación nacional y las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el **Ministerio de la Protección Social.**

La información aquí contenida debe ser verídica so pena de incurrir en falta al Título XIII, Capítulo primero, artículo 368 que hace referencia a la violación a las medidas sanitarias el cual contempla pena intramural de entre 4 y 8 años.

FECHA	10/01/2021	LUGAR DE DILIGENCIAMIENTO	Oficina Cuinco.		
NOMBRE COMPLETO	Juan Ortiz			EDAD	61
IDENTIFICACIÓN	71590073	EMPRESA	Cuinco	CARGO	Ayudante.
TELÉFONO	3117129959	LUGAR DE RESIDENCIA	Medellin.		
CUÁNTAS PERSONAS COMPONEN SU NÚCLEO FAMILIAR:	2				
POR FAVOR ANOTE EL NÚMERO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR:	3135198072.				

DILIGENCIE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS				
1. Ha salido del país durante los últimos 14 días?	SI		NO	✓
2. Ha tenido contacto cercano con alguna persona que haya ingresado al país proveniente de áreas con circulación del nuevo coronavirus (COVID 19)?	SI		NO	✓
3. Ha tenido contacto estrecho durante los últimos 14 días con personas con diagnóstico confirmado o sospechosas de tener COVID 19? Entiéndase contacto estrecho como: - Haber estado a menos de 2 metros de un caso confirmado de COVID-19. - Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados). - Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado de COVID-19. - Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se siente dos asientos, en cualquier dirección, del caso de COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.	SI		NO	✓
4. Tiene alguno de los siguientes síntomas?				
Temperatura de 38 grados o más (Fiebre) en las últimas 48 horas	SI		NO	✓
Tos o estornudos frecuentes	SI		NO	✓
Dolor de cabeza y malestar general	SI		NO	✓
Dolor de garganta o al tragar	SI		NO	✓
Mucosidad nasal	SI		NO	✓
Dificultad para oler o degustar los alimentos	SI		NO	✓
5. Ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?				
Diabetes	SI		NO	✓

Declaro que la información aquí suministrada después de leer y entender las preguntas es verídica:

Escaneado con CamScanner

SOTRASOL SAS Ingenieros - Contratistas	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 EN TRABAJADORES DEL PROYECTO	Versión: 001 Fecha: 30/11/2021 Página 2 de 2

Hipertensión Arterial	SI		NO	✓
Otros problemas cardiovasculares: Especificarlos	SI		NO	✓
Algún trastorno de la inmunidad o de las defensas	SI		NO	✓
Enfermedad renal crónica	SI		NO	✓
Problemas de mal nutrición (Desnutrición u Obesidad)	SI		NO	✓
Asma	SI		NO	✓
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI		NO	✓
6. Para las mujeres: ¿Está embarazada o sospecha estarlo?	SI		NO	
7. Ha sido trasplantado o ha tenido una gran cirugía por causas no traumáticas o accidentales	SI		NO	✓
8. ¿Es usted un fumador(a) activo?	SI		NO	✓
9. ¿Está consumiendo actualmente medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén?	SI		NO	✓
10. ¿Ha tenido un aislamiento en su lugar de residencia, mínimo por dos semanas?	SI		NO	✓
11. ¿Durante la cuarentena ha tenido que salir de su lugar de alojamiento por algún motivo? Si es afirmativo, describa las actividades realizadas, el lugar, la frecuencia y el tiempo que duró la actividad.	SI		NO	✓
12. ¿Considera que ha estado estresado, ansioso, triste o preocupado?	SI		NO	✓
13. ¿Tiene alguna dificultad familiar que le impida desarrollar su labor?	SI		NO	✓
14. ¿Considera que se encuentra en condición óptima, tanto física como mental, para ingresar y continuar con su actividad laboral?	SI		NO	✓
15. ¿Está de acuerdo en cumplir a cabalidad con todas las recomendaciones y los procedimientos que la empresa ha adoptado para la preservación de la salud y el bienestar de todas las personas, dentro de cada centro de trabajo?	SI		NO	✓
16. Por favor anote el nombre y teléfono de las personas (diferentes al núcleo familiar), con las que haya tenido contacto en los últimos 15 días				
17. Usted convive con personas consideradas como de alto riesgo? Describa quien es esa persona y por qué se considera de alto riesgo.				✓
18. Qué medio de transporte utiliza para desplazarse desde su vivienda hacia su sitio de trabajo y viceversa? Transporte público (Metroplus).				

Firma y Cédula:

V IVAN DARIO ESPINOSA ARIAS

V 71.590.075

Escaneado con CamScanner