REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:	Milton Rodriguez
TEL:	312 617 73 02
NOMBRE:	Leonel Palacios Mosquera
TEL:	312 203 80 56

REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA:	CAPITAL
CARGO:	PILERO
DURACIÓN:	1 Año
JEFE INMEDIATO:	Huber
TELEFONO:	3117896069

FELIX PALACIO CAMARGO
CC. 73.150.801

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.150.801**

PALACIO CAMARGO
APELLIDOS

FELIX
NOMBRES

FELIX PALACIO CAMARGO
FIRMA



321 04614230



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1970**
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-NOV-1989 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0110600-14113313-M-0073150801-20030822 01385 03234O 01 135126143

Escaneado con CamScanner

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este felix palacios Camargo con cédula 73150801 de Cartagena todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 28/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 28/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

---

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

---

felix palacios

cédula 73150801

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	238	25/09/2021	C 73150801	PALACIO CAMARGO FELIX	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

8DDA60A8A00CEF91E0561894190748B8

Certificado impreso el día 9/24/2021 4:22:42 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO
En Bogotá 6 000 811
Línea Nacional 01 8000 941 541
Desde el celular #533
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá. 786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país. +(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
www.positiva.gov.co
FELIX
PALACIO CAMARGO
73150801
LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/09/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3722814	24/09/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	73150801	FELIX PALACIO CAMARGO	908526	AYUDANTE DE OBRA	2021-09-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Septiembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FELIX PALACIO CAMARGO identificado(a) con C.C No. 73.150.801, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de septiembre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, no utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Inscripción
NIT X CE PA RC =	8674012		Ronos Soto Luis	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Genero
X CE PA RC TI	73150801	Pardo	Conrado	Felix		1 2 3 4 5	22 02 1970	M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
cl 55 #102-21 int 801	Antioquia	Medellin			3216255428	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$ 908526	8	240	X 2	24/04/21	Ayudante	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación			
				SI	NO	Cual?	
				SI	NO	Cual?	

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI						M F	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco					Fecha de Nacimiento			Genero	
CC CE PA RC TI					Conyuge	Hijo	Padre/Madre	Hermano(a)	Discapacidad	DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

☐ Cuenta Personal Numero de cuenta: _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera: _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para recibir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser: correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepto este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Felix Pardo.		

Cod. 108 - V13

Original (Comfama) - Cadena - VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 73150801-931647

Fecha Cierre: 24/09/2021 11:04:28 a.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24 sept. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FELIX PALACIO CAMARGO	**Identificación:**	73150801
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3214614230
Fecha Nacimiento:	22/02/1970	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	BELLO	**ARL:**	
Escolaridad:	ANALFABETA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 75.5 Talla: 179 IMC: 24**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1.CONTROL PERIODICO 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	ANORMAL NO CORREGIDO	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA NORMO CALORICA, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y ADECUADA POSTURA CORPORAL. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020. EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA. DEBE CONSULTAR AL OPTOMETRA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE SU TRASTORNO VISUAL.
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	CUMPLE CRITERIOS, PREVIO ENTRENAMIENTO.	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones: RECUERDE HACERSE APLICAR LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA EL CORONAVIRUS.

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1409 DE 2012.'

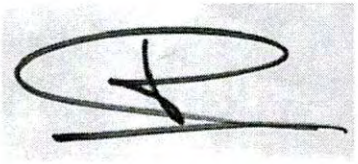
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	DEBE CONSULTAR AL OPTOMETRA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE SU TRASTORNO VISUAL



FELIX PALACIO

RODOLFO SERRATO BONILLA

Médico Especialista en Salud Laboral 25-5185

FELIX PALACIO CAMARGO 73150801

Firma y cédula del Paciente

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado **No 08SE2021220000000028491** expedido el día 11 de mayo del año 2021, según Resolución 1178:2017; y
Certificado por **BUREAU VERITAS**, Código No. **CO21.00737**, según la NTC 6072:2014

Por razones de haber cursado y aprobado el programa formación y entrenamiento en protección contra caídas y cumplimiento con la resolución 1409 del año 2012;

Se confiere a:

PALACIO CAMARGO FELIX

Identificado **CC** con **No 73150801**

La Certificación de capacitación y entrenamiento, para Trabajo Seguro en Alturas **NIVEL REENTRENAMIENTO** con una **DURACIÓN** de **20 HORAS,** fue realizada en el Municipio **MEDELLÍN** a los **28** días del mes de **SEPTIEMBRE** del año **2021.**

Se expide a los **28** días del mes de **SEPTIEMBRE** del año **2021** en el municipio de **MEDELLÍN** (Ant)

Código de Verificación: **M-TSA-888**

JOSE EMANUEL SALAS G
Representante Legal
C.C. 1041176720

Belisario Gutierrez

BELISARIO ENRIQUE GUTIERREZ SOSA
Entrenador TSA SENA
L.P.S.S.S.T No 7123

GEPAR S.A.S. Carrera 50A No 67 – 18 Prado Centro Medellín teléfono (4) 4237830
La autenticidad de este certificado podrá ser verificada en http://www.gepar.com.co/, en el teléfono 3015004339 O enviando correo electrónico a Email: verificacion1@gepar.com y a los 5 días siguientes de su fecha de expedición en la página https://www3.mintrabajo.gov.co/Control/entrenamiento/consulta_estado

GCG-F-07 / Versión 2
28 /06/2019

Scanned by TapScanner

CONSULTAR Y DESCARGAR CERTIFICADO DE ALTURAS DE SEPTIEMBRE DE 2021 EN ADELANTE

Cedula: Ingrese Cedula Buscar

Id	Cedula	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Día	Mes	Año	Nivel	Código	Entrenador	Licencia	Ciudad	CC Entrenador	Horas
73150801	FELIX		PALACIO	CAMARGO	REENTRENAMIENTO	M-TSA21-888	MEDELLIN	BELISARIO ENRIQUE GUTIERREZ SOSA	73150801	M-TSA21-888	ENTRENADOR TSA LIC No 7123 DEL 05/12/2017 DE ANTIOQUIA.	28	SEPTIEMBRE	2021	20 HORAS

Bogotá D.C., octubre 8 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FELIX PALACIO CAMARGO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 73150801, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: GEPAR SAS
ENTRENADOR FORMADOR: BELISARIO ENRIQUE GUTIERREZ SOSA
SEDE DONDE SE FORMO: GEPAR PRINCIPAL
FECHAS DE FORMACIÓN: 27/09/2021 12:00:00 a. m. a 28/09/2021 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 octubre 8 de 2021

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.668.915
RODRIGUEZ MORENO
APELLIDOS
FRANCISCO
NOMBRES



FIRMA

calle 123 carrera 50 interior 128

3113167539



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1977
ISTMINA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-AGO-1997 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100100-00201903-M-0098668915-20091205 0018687318A 1 1650521458

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	francisco rodriguez moreno
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**98.668.915** de envigado
FECHA DE NACIMIENTO	23 de septiembre de 1977
LUGAR DE NACIMIENTO	itsmina choco
ESTADO CIVIL	casado
DIRECCIÓN	cl 123 no 50 128
TELÉFONO	3113167539
CARGO	pilero

EXPERIENCIA LABORAL

CULTIVO GUAMITO

CARGO: Operario Agrícola
TIEMPO DE SERVICIO: 8 meses

INGEADES S.A.S
CARGO: pilero
TIEMPO: 6 meses

CONSTRUEXITO S.A.S
CARGO: pilero
TIEMPO: 4 meses

REFERENCIAS PERSONALES

robinson mosquera
TELÉFONO: 3122431934

_____

Francisco rodriguez
C.C. 98.668.915 de envigado

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este. Francisco rodriguez con cédula 98.668.915 de itmina todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 08/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 08/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

francisco rodriguez
cédula 98.668.915

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/10/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	242	07/10/2021	C 98668915	RODRIGUEZ MORENO FRANCISCO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5F6482AD5EA706555C45EA8F213B345F

Certificado impreso el día 10/6/2021 10:06:37 AM por el portal de empresas Edesk

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.668.915**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre del 2021.

Cordialmente,

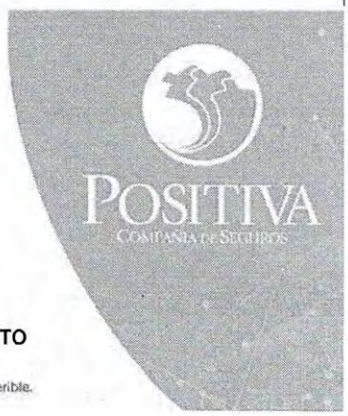
Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



www.positiva.gov.co



FRANCISCO
RODRIGUEZ MORENO
98668915

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.

610

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/10/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3750574	06/10/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	98668915	FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO	908526	AYUDANTE DE OBRA	2021-10-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Octubre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, no utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Principal	Sucursal
NIT X CE PA RC TI	8674012		RANA SOTO LUIS	4665916		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Genero
X CE PA RC =	98668915	RODRIGUEZ	MORENO	FRANCISCO		X 2 3 4 5	23 09 1967	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cl 123 C 150-178	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3113163539	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$ 908526	8	240	X 2	06 10 21	AYUDANTE	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento	Ocupación 1	2	3	4	5
CC CE PA RC TI												

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Conyuge	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Padrastro/Madrastra	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD	MM	AAAA	Género Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de

☐ Cuenta Personal Número de cuenta _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los entables con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002. Por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Usted acepta este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:proteccióndatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Francisco R.		

- Original (Empleador) - Cédula - Subsidio

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 98668915-940230

Fecha Cierre: 06/10/2021 01:21:19

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	06 oct 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO	**Identificación:**	98668915
Género	MASCULINO **Edad:** 44	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3113167539
Fecha Nacimiento:	23/09/1977	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL 123 CR A50-28 INT 124	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 87.5 Talla: 169 IMC: 31**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	ANORMAL CORREGIDA, SIN IMPEDIMENTO LABORAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DEPORTIVOS Y NUTRICIONALES, UTILIZAR EPP APROPIADOS PARA EL OFICIO Y CORRECCIÓN VISUAL PARA CERCA. CONSUMIR DIETA BAJA EN GRASAS
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL, SIN IMPEDIMENTO LABORAL. ALTERACION MINMA	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	CON RIESGO	
ANEXO ALTURAS	APTO PARA ALTURAS, PREVIA CERTIFICACION DE CURSO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y USO ADECUADO DE EPP	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020 Y LA RESOLUCION 777 DEL 02 DE JUNIO 2021
EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA
DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1409 DE 2012.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NUTRICION	EVALUACION Y CONTROL DEL PESO
OPTOMETRÍA	EVALUACION PERIODICA ANUAL-

Gustavo A. Espinal M.

FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO 98668915

GUSTAVO ALONSO ESPINAL MONSALVE

Médico Especialista en Salud Laboral LIC. 12644 REG. CMC2016 - 8186

Firma y cédula del Paciente



AGERIS

ASESORÍA EN GESTIÓN DE RIESGOS
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS PARA TRABAJO EN ALTURAS

Rut 901172597-0 / Licencia en SST # 2018060224786

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS A:

FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO

C.C. *98668915* Registro 26908 *Medellín 02/02/2021*

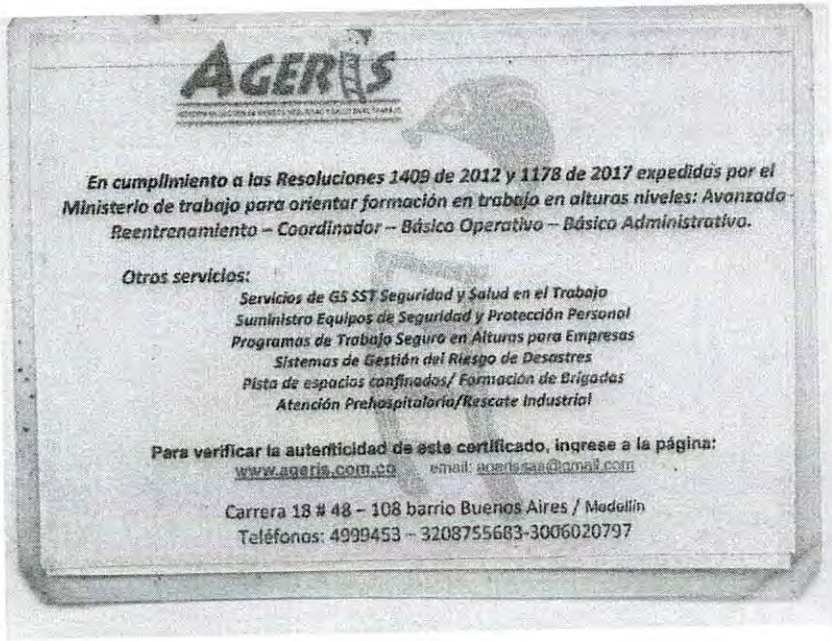
NIVEL: *REENTRENAMIENTO* Intensidad de *20* horas

JULIAN CAMILO MAZO
Entrenador *Licencia en SST # 2018060006756*

GILBERTO ANIBAL MAZO HERRERA
Representante legal

Ente certificador Bureau Veritas NTC 6072 Código: 09-CPR-008
Aprobación Ministerio de Trabajo: 08SE2018220000000046808

www.ageris.com.co agerissas@gmail.com
Carrera 18 # 48 – 108 barrio Buenos Aires / Medellín Teléfonos: 4999453 – 3208755683 - 3006020797



AGERIS

En cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017 expedidas por el Ministerio de trabajo para orientar formación en trabajo en alturas niveles: Avanzado - Reentrenamiento – Coordinador – Básico Operativo – Básico Administrativo.

Otros servicios:

Servicios de GS SST Seguridad y Salud en el Trabajo
Suministro Equipos de Seguridad y Protección Personal
Programas de Trabajo Seguro en Alturas para Empresas
Sistemas de Gestión del Riesgo de Desastres
Pista de espacios confinados/ Formación de Brigadas
Atención Prehospitalaria/Rescate Industrial

Para verificar la autenticidad de este certificado, ingrese a la página:
www.ageris.com.co email: agerissas@gmail.com

Carrera 18 # 48 – 108 barrio Buenos Aires / Medellín
Teléfonos: 4999453 – 3208755683-3006020797

Bogotá D.C., octubre 7 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FRANCISCO RODRIGUEZ MORENO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 98668915, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: AGERIS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: JULIAN CAMILO MAZO GIRALDO
SEDE DONDE SE FORMO: AGERIS PRINCIPAL
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/02/2021 12:00:00 a. m. a 02/02/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 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 octubre 7 de 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **78.294.679**

RODRIGUEZ CONTRERAS

APELLIDOS

GABRIEL LEOVEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1968**

MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-NOV-1986 MONTELIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1302500-00977683-M-0078294679-20180212 0059471732G 1 9903302612

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

Baje gratis aplicativo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com o encuéntrelo en www.aliadolaboral.com

ALIADO LABORAL

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellín	D 1 M 12 A 2019		

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
RODRIGUEZ	CONTRERA	GABRIEL LEONEN

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE	5	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Montelibano Cordoba	D 11 M 08 A 1968	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
TV 49 B 102 BB 21 401 B1-10	San Javier	2941787

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
78.294.679	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Montelibano	

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Jandia Gallego	3046602607	$580.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad: Montelibano	Ultimo grado cursado: 3p.	Fecha	
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha	
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha	
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		
¿Qué estudios realiza actualmente?			Horario:		

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita datos más detallados utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Carlos Ramos		300-284-17-7

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Carlos Ramos	ayudante

Funciones realizadas: OFICIOS VARIOS

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$ 430.000	$ 430.000

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, así como las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este. Gabriel leoven rodriguez con cédula 78294679 de montelibano todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de pilero durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 20/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 20/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

gabriel rodriguez
cédula 78294679

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS identificado con Cédula Ciudadanía No. 78294679, de la empresa LUIS CARLOS RAMOS SOTO está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 28/07/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020205531.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de octubre de 2021

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 19/10/2021 02:52:20 p. m.
ISCDC: 19/10/2021 02:52:20 p. m.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS identificado(a) con C.C No. 78.294.679, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de octubre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Codigo Verificación: 287944

SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
PBS SAVIA SALUD EPS

GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS, identificado con CC
aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente

Tipo y N° de identificación:	CC 78294679
Nombres y apellidos:	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ
Nivel de Sisben:	No Aplica
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2011-08-01
Ciudad:	MEDELLÍN
Régimen:	CONTRIBUTIVO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	2020-03-30
Semanas de afiliación:	533

El presente documento fue generado el 2021-10-19 14:19:00, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Antonio Cruz Riaño.

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 78294679-584094

Fecha Cierre: 02/12/2019 12:59:31

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	02 dic 2019 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO .		
Paciente:	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS	**Identificación:**	78294679		
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	0	**Móvil:**	3136910516
Fecha Nacimiento:	11/08/1968	**Cargo:**	AYUDANTE		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SISBEN		
Dirección	TV 49 B CRA 102 BB 21	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA		
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 61.5 Talla: 168 IMC: 22**			
		Área: OPERATIVA			

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HÁBITOS SALUDABLES. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR. HÁBITOS SALUDABLES. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL
TABLA DE SNELL	ANORMAL NO CORREGIDO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV; BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	REQUIERE LENTES-
MÉDICINA GENERAL EPS	CONTROL EPS-

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009 del Ministerio de Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera', entendiendo que hace parte integral de su historial médico.'

Johana Marchena

JOHANA PATRICIA MARCHENA HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral LIC. 26054 08 4525 / 2006

GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS 78294679
Firma y cédula del Paciente

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: martes, 19 de octubre de 2021 03:09:08 PM

Período del informe: 202109

Pagada 04/10/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Dirección**	CL59B NO 68-67 INT 202
Documento	NI8674012	**Teléfono**	4665716
Tipo de Empresa		**Forma Presentación**	
Tipo Persona		**Departamento**	ANTIOQUIA
Ciudad	BELLO	**Identificación**	CC8674012
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades														Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 78294679	RODRIGUEZ CONTRERAS GABRIEL LEOVEN	51768304	04/10/2021	202109	202110																		30	30	30	30	231001	EPS040	14-23	CCF04	$908.526	$908.526	$908.526	$908.526	$145.400	$36.400	$63.300	$36.400	$0	$0	$0	$0	$281.500

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

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

617

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **78.294.679**

RODRIGUEZ CONTRERAS

APELLIDOS

GABRIEL LEOVEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1968**

MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-NOV-1986 MONTELIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1302500-00977683-M-0078294679-20180212 0059471732G 1 9903302612

Baje gratis aplicativo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com o encuéntrelo en www.aliadolaboral.com

ALIADOLABORAL

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellín	D 1 M 12 A 2019		

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Rodriguez	Contreras	Gabriel Leonel



Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
ayudante	5	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Montelibano Cordoba	D 11 M 08 A 1968	union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
TV 49 B 102 BB 21 401 B1-10	San Javier	2941787

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
78.294.679	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Montelibano	

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Jandia Gallego	3046602607	$580.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria		Montelibano	3p.	
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		
¿Qué estudios realiza actualmente?		Horario:		

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Carlos Ramos		300-284-17-7
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Carlos Ramos	ayudante	
Funciones realizadas	oficios varios	

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$ 430.000	$ 430.000

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Funciones realizadas		

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley aplicable.

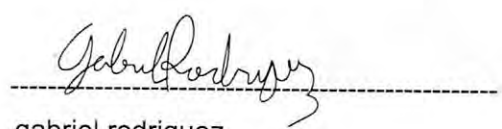
CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 de bello quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este con Mariel Leoven rodriguez con cédula 78294679 de montelibano todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 15/4/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual o por mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 15/4/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012



gabriel rodriguez

cédula 78294679

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS identificado(a) con C.C No. 78.294.679, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de octubre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Codigo Verificación: 287944

SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
PBS SAVIA SALUD EPS

GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS, identificado con CC
aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente

Tipo y N° de identificación:	CC 78294679
Nombres y apellidos:	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ
Nivel de Sisben:	No Aplica
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2011-08-01
Ciudad:	MEDELLÍN
Régimen:	CONTRIBUTIVO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	2020-03-30
Semanas de afiliación:	533

El presente documento fue generado el 2021-10-19 14:19:00, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Antonio Cruz Riaño.

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO

VIGILADO Supersalud

650

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS identificado con Cédula Ciudadanía No. 78294679, de la empresa LUIS CARLOS RAMOS SOTO está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 28/07/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020205531.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de octubre de 2021

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 19/10/2021 02:52:20 p. m.
ISCDC: 19/10/2021 02:52:20 p. m.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: martes, 19 de octubre de 2021 03:09:08 PM

Período del informe: 202109
Pagada 04/10/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	CL59B NO 68-67 INT 202
Tipo de Empresa		**Teléfono**	4665716
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC8674012

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades														Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Periodo de Cot.	Periodo Serv.	ING	RET	RET P.	VSP	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 78294679	RODRIGUEZ CONTRERAS GABRIEL LEOVEN	51768304	04/10/2021	202109	202110																		30	30	30	30	231001	EPS040	14-23	CCF04	$908.526	$908.526	$908.526	$908.526	$145.400	$36.400	$83.300	$36.400	$0	$0	$0	$0	$281.500

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

EXPERTOS en PILA

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 78294679-950229

Fecha Cierre: 21/10/2021 8:29:23 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21 oct. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS	**Identificación:**	78294679
Género	MASCULINO **Edad:** 53	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3136910516
Fecha Nacimiento:	11/08/1968	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	TV 49 B CRA 102 BB 21	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 57.5 Talla: 168 IMC: 20**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

DIETA NORMO CALORICA, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y ADECUADA POSTURA CORPORAL. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020. EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA. DEBE ELIMINAR TOTALMENTE EL HÁBITO DE FUMAR. DEBE CONSULTAR AL OPTOMETRA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE SU TRASTORNO VISUAL. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS.

EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL
TABLA DE SNELL	ANORMAL NO CORREGIDO
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	DEBE CONSULTAR AL OPTOMETRA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE SU TRASTORNO VISUAL

RODOLFO SERRATO BONILLA
Médico Especialista en Salud Laboral 25-5185

GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS 78294679
Firma y cédula del Paciente

682

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.128.463.085**

ZAPATA ZAPATA

APELLIDOS

JULIAN ANDRES

NOMBRES

Julián Andrés Zapata.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1996**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.86 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

16-OCT-2014 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0100150-00844879-M-1128463085-20160825 0050729780G ! 9996672059

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Julian Andres zapata zapata
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.128.463.085.** de medellin
FECHA DE NACIMIENTO	07 de octubre de 1996
LUGAR DE NACIMIENTO	medellin
ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCIÓN	cl 56 sur no 75 -131
TELÉFONO	3017799730
CARGO	ayudante de construccion

EXPERIENCIA LABORAL

INVERSIONES LINA MARIA
CARGO: oficial ejero
TIEMPO DE SERVICIO: 2 meses

REFERENCIAS PERSONALES

Victor hugo osorio
TELÉFONO: 3003979090

Julian zapata
C.C. 1.128.463.085 de medellin

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este. Julian Andres zapata con cédula 1,128,463,085 de medellin todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de pilero durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 21/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 21/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

julian zapata
cédula 1.128.463.085

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JULIAN ANDRES ZAPATA ZAPATA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1128463085, de la empresa LUIS CARLOS RAMOS SOTO está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 21/10/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020221841.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de octubre de 2021

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 20/10/2021 11:27:10 a. m.
ISCDC: 20/10/2021 11:27:10 a. m.

655

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

savia

No. de Radicación: 2020075 — Fecha de Radicación: 20/10/2021

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

I. EMPLEADOR DEL TRAMITE

1. Tipo de tramite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades (X)
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ( ) • Beneficiario o afiliado adicional ( ) — B. Colectivo ( ) — C. Institucional ( ) — D. De oficio ( )
3. Régimen: A. Contributivo (X) — B. Subsidiado ( )
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante (X) — B. Cabeza de familia ( ) — C. Beneficiario ( )
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente (X) — B. Independiente ( ) — C. Pensionado ( )
Código (a registrar por la EPS): 01

A. AFILIACION B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
ZAPATA	ZAPATA	JULIAN	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad: CC (X) — 8. Número de documento de identidad: 1128463085 — 9. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) — 10. Fecha de nacimiento: 07/10/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia — 12. Discapacidad: Tipo ( ) Condición ( ) — 13. Puntaje SISBEN — 14. Grupo de población especial — 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA — 16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 908522 — 18. Residencia: CL 56 SUR # 95-121 — 3017799330

DEPARTAMENTO — Zona Urbana ( ) Rural (X) — SAN ANTIOQUIA — ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad ( ) — 21. Numero de documento de identidad — 22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) — 23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero de documento de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condicion T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

Cod.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B		
B	Medio Salud	11001
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
RAPIDISOTO LTDA		8634012	

39. Ubicación: CL 59B # 68B-67 — 4665716 — LEONARDOPEYDRO@... — BELLO — ANTIOQUIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ( ) 2. Corrección datos básicos de identificación ( ) 3. Actualización documento de identidad ( ) 4. Actualización y corrección de datos complementarios ( ) 5. Terminación de la inscripción en la EPS ( ) Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS ( ) 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ( ) 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ( ) 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ( ) 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando ( ) 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ( ) 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ( ) 13. Movilidad A. Régimen Contributivo ( ) B. Regimen Subsidiado ( ) 14. Traslado A. Mismo Regimen ( ) B. Diferente Regimen ( ) 15. Reporte por fallecimiento ( ) 16. Reporte del límite de protección al cesante ( ) 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ( ) 18. Reporte de la calidad del Pensionado ( )

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 20/10/2021

43. EPS anterior — 44. Motivo de Traslado: Código [ ] — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran ( )

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ( )

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto ( )

VIII. FIRMAS

Julian zapata	

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: CN ( ) Cert ( ) RC ( ) Cert ( ) TI ( ) Cert ( ) CC ( ) Cert ( ) PA ( ) Cert ( ) CE ( ) Cert ( ) CD ( ) Cert ( ) SC ( ) Cert ( ) Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ( ) 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital ( )

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor ( ) 61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia ( ) 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres ( ) 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ( ) 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ( ) 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio ( )

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación		

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES

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

VIGILADO Supersalud

SALUD EPS
20 OCT 2021
RIO
PLANCHA
GRUESA

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIAN ANDRES ZAPATA ZAPATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.463.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Octubre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación NIT	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Sucursal
X					8624012		RAMOS SOTO LUIS	4615716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil 1	2	3	4	5	Fecha de nacimiento DD	MM	AAAA	Género F	M
X					1128463085	ZAPATA	ZAPATA	JULIAN	ANDRES					X	07	10	1996		X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 56 SUR #75-131	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3013799730	

Datos laborales

Tipo de Salario 1	2	3	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato 1	2	Fecha de ingreso a la empresa DD	MM	AAAA	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario SI	NO
X			$ 908526	8	240	X		20	10	24	AYUDANTE		

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género F	M	Fecha de nacimiento DD	MM	AAAA	Ocupación 1	2	3	4	5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Cónyuge	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hermano	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD	MM	AAAA	Género Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

☐ Cuenta Personal Número de cuenta _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

OTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. ayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por alquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

nformación y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002. lla la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los sus servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras dades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. le este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y Sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	JULIAN ZAPATA		

Cod. 108 - V13

- Original (Empleador) - cadenza

VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1128463085-948897

Fecha Cierre: 19/10/2021 1:03:00 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	19 oct. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	JULIAN ANDRES ZAPATA ZAPATA	**Identificación:**	1128463085		
Género	MASCULINO **Edad:** 25	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	301794730
Fecha Nacimiento:	7/10/1996	**Cargo:**	OFICIAL		
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SAVIA SALUD		
Dirección	VLL 56SUR #55-138	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.		
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO -	**Peso: 74 Talla: 185 IMC: 22**			
		Área: OPERATIVA			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1.CONTROL PERIODICO 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	ES APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020 Y LA RESOLUCION 777 DEL 02 DE JUNIO 2021
EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	-	SVE

Información de Remisiones

NO

Nubia S. Portilla. B

Julian 3

NUBIA DEL SOCORRO PORTILLA BEDON

Médico Especialista en Salud Laboral LIC. 49769 REG.-05-11860 -1984

JULIAN ANDRES ZAPATA ZAPATA 1128463085

Firma y cédula del Paciente



Seguridad y Salud en el Trabajo

eppseguridadindustrial.com

Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Julián Andrés Zapata Zapata

C.C.1128463085

En cumplimiento de la resolución 1409 de 2012 y la resolución 1178 de 2017
cursó y aprobó satisfactoriamente la acción de formación

Reentrenamiento Trabajo Seguro en Alturas - Avanzado

Intensidad 20 horas
Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 10/03/2021 hasta el día 11/03/2021

El presente certificado se genera el día 12/03/2021 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Digito de Verificación
44161

Certificado ICONTEC NTC 6072 CS-CER603400
Radicado de aprobación Ministerio de Trabajo 08SE2018220000000013835
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

Duván Alexander Pizo Giraldo
Entrenador de Trabajo Seguro en Alturas
Licencia en SST
N°60001532 de 2017

Certificado de capacitación y entrenamiento

Bogotá D.C., octubre 20 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JULIAN ANDRES ZAPATA ZAPATA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1128463085, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: EPP SEGURIDAD INDUSTRIAL
ENTRENADOR FORMADOR: DUVAN ALEXANDER PIZO GIRALDO
SEDE DONDE SE FORMO: EPP SEGURIDAD INDUSTRIAL S.A.S.
FECHAS DE FORMACIÓN: 10/03/2021 12:00:00 a. m. a 11/03/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 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 octubre 20 de 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.063.716.537

MENDOZA AGAMEZ
APELLIDOS

MANUEL ANTONIO
NOMBRES

Manuel Ag
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1981

MOÑITOS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUN-2004 MOÑITOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACHA

INDICE DERECHO

A-0123500-00941504-M-1063716537-20170930 0057641347A 1 49292615

3145083977

Para grabar este formato diligenciado en su computador, descárguelo en www.formasminerva.com o encuéntrelo en www.aliadolaboral.com

ALIADO LABORAL

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA
CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
	d m a		

I. DATOS PERSONALES

(*) Información opcional. Art. 311 Código Civil de 1938.

(*) Ilegible de conformidad con la Ley 13 de 1972 Art. 6 Concordado 111 del.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Chaves	Gomez	Emanuel Antonio

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su asignación salarial?
Oficial de Construccion	15	$ La avisado

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Floridablanca Cund	d 17 m 12 a 81	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 59B N° 68 67 int 202	Valle	3145089971

Cédula de ciudadanía: N° 1.065716527	(*) Libreta militar N°	FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cms.
Expedida en: Floridablanca	Distrito N° Primera clase: X Segunda clase:	

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☐			300000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No X		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	Colegio San Jose	Floridablanca	11	2000
Educación Superior			Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor diligenciar los datos de sus empleos en orden de fecha, empezando por el último o actual. Si necesita más espacio utilice hojas adicionales)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Consorcio EPS SA	Bucaramanga	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$	$

Motivo del retiro

Verificación (*Espacio exclusivo para el entrevistador*)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación (*Espacio exclusivo para el entrevistador*)

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este.manuel mendoza con cédula 1.063.716.537 de moñitos todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de oficial durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 26/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 26/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

manuel mendoza
cédula 1.063.716.537

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1063716537,** se encuentra afiliado/a desde **13/02/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de octubre de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1063716537, de la empresa LUIS CARLOS RAMOS SOTO está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 07/05/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101020283165.

Dada en Bogotá, a los 25 días del mes de octubre de 2021

MIS_4_1_3_FRTS v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 25/10/2021 10:08:04 a. m.
ISCDC: 25/10/2021 10:08:04 a. m.

Salud Total EPS

Bogotá, Octubre 25 de 2021

Señor:
MENDOZA AGAMEZ MANUEL ANTONIO
CC. 1063716537
CL 108 F 98 87 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 3 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MENDOZA AGAMEZ MANUEL ANTONIO	1063716537	C	Sep-3-2010	235	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
FUENTES PEREZ ANA MARIA	1063719657	C	Sep-3-2010	128	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Oct-31-2013	Exclusion por Separacion	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
J Y L EXPRO SAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
LATERIZIO SAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
MAURICIO ANTONIO DURANGO ARENAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
COMUNA CONSORCIO TUPAC	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ANDENES MEDELLIN	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CAMILO OBRAS QUEBRADAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CONSTRUCTORA CAZ DOS MIL TRECE	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO FJ EP	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ISABELA LA SALLE	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ISABELA QUEBRADAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO SAN ALEJO COMUNA	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO SANTIAGO COMUNA	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO SANTIAGO OBRAS COMUNA TRECE	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO TUPAC ANDENES	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO TUPAC ANDENES	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO TUPAC URBANISMOS	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES OCLE SAS	1063716537	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSANTANDER LTDA	1063716537	Dependiente	CERRADO
D Y A INGENIERIA LTDA	1063716537	Dependiente	CERRADO
DE LA ROCHE M Y CIA LTDA	1063716537	Dependiente	CERRADO
DIRTECO LIMITADA	1063716537	Dependiente	CERRADO
DIRTECO LIMITADA	1063716537	Dependiente	CERRADO
DISCEP LTDA	1063716537	Dependiente	CERRADO
GRUPO ELECTROCIVIL S A	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
GUINCO S A S	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	CERRADO
RAMOS SOTO LUIS	1063716537	Dependiente	VIGENTE
RICARDO GUERRA BARRIENTOS	1063716537	Dependiente	CERRADO
ROMERO JHON FABER	1063716537	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS ENERGETICOS Y AMBIENTALES CALD SAS	1063716537	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202109 **Número planilla** 51768304
Periodo Servicio 202110
Tipo Planilla E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Período de consulta del Informe: 202109
Pagada 04/10/2021

Fecha de Creación del Informe: lunes, 25 de octubre de 2021 09:56:48 AM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Documento	NI8674012	**Dirección**	CL59B NO 68-67 INT 202		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4665716		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	11
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC8674012		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1063716537		
Tipo de Cotizante	01	00	
Extranjero		**Residente**	

Días AFP	30	**Días EPS**	30
Días ARP	30	**Días CCF**	30

Salario	$ 1.200.000

Nombres y Apellidos	**(Cod) Ciudad - Departamento**
MENDOZA AGAMEZ MANUEL ANTONIO	5001000 05

Novedades															
ING	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**COR**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRP**

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	25-14
Código AFP Traslado	
COLPENSIONES	
IBC AFP	$ 1.200.000
Total Cotización AFP	$ 192.000
Fondo de Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	$ 0

Código EPS	EPS002
Código EPS Traslado	
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	
IBC EPS	$ 1.200.000
Aporte EPS	$ 48.000
Aporte UPC	$ 0

ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	
IBC ARP	$ 1.200.000
Aporte ARP	$ 83.600

Código CCF	CCF04
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	
IBC CCF	$ 1.200.000
Aporte CCF	$ 48.000

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
Aporte ESAP	$ 0

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

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

EXPERTOS en PILA

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO** **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

Fecha del examen:	24 DE NOVIEMBRE DE 2020

Nombre completo					Identificación	
MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ					1063716537	
Empresa			Cargo		Area / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS SOTO			ENCARGADO DE OBRA		CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS	AFP	ARL
MOÑITOS CORDO 12/17/1981	39	MASC	SOLTERO	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio		Teléfono o Celular	Centro
BACHILLER	MANRIQUE JARDIN		MEDELLIN		3205969332	CO

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		APLAZADO	
FAVORABLE	X	(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)		(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):
1 SIN RECOMENDACIONES
2 SIN RESTRICCIONES

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación,
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79.285.049 Reg Med. 5180 L.SO. 2019060156091	
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

Escaneado con CamScanner

664

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ
D.I. **1063716537**
REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**20**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 2199

FECHA DE CAPACITACIÓN:
27/11/2020 AL 28/11/2020
FECHA DE EXPEDICIÓN:
28 de Noviembre de 2020
MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. Nº 2019060434128
ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ
D.I. 1063716537
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO
CÓDIGO 2199
28 de Noviembre de 2020

Escaneado con CamScanner

698

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.555.817
RIASCOS RIASCOS

APELLIDOS
OSCAR ARNULFO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1986
LOPEZ (MICAY)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.86 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

14-FEB-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100100-00444803-M-1026555817-20130702 0033796241A 1 2032419318

Dirección: CR 17 D CL 62 133 int. 201
tel. 3102849271 . 3126969178
EPS Salud total
Pensión Colfondo

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

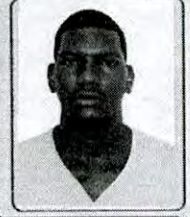
CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellin		Pilero	

I. DATOS PERSONALES

(*) Ley estatutaria 1581 de 2012 (*) Ley estatutaria 1266 de 2008

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Riascos	Riascos	Oscar Arnulfo



Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Pilero	8 años.	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
López de Micay Cauca	8 2 1986	unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
CR 17 D CL 62.133 interior 201	Faro	3166744817 3128011684

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1.026 555 817	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: 14 de febrero del 2006		

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☑			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☐		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Minuto de dios	Cauca	7°	
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Construcciones con carB SAS	Colarca Quindio	3197873436
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Sandy yolima jimenes.	Contratista	
Funciones realizadas Pilero		

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
5 de Febrero	10 agosto	$1.000.000	$1.000.000

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Excavaciones ibarguen	Cajamarca Quindío	3013745026
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Mario Giron	Jefe encargado	
Funciones realizadas Pilero		

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
9 Septiembre	14 noviembre	$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

666

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Graficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químicos y Farmacéuticos		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento	X	CONSTRUCCIÓN	X	INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Darlyu Madriz	Profesión, ocupación u oficio: Ama de Casa	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: CR17D CL69.13 int201	Teléfono: 3102849271	Ciudad: Medellin
N° de personas que dependen económicamente del solicitante: 4	Parentesco: hijo. Compañera. hijastro.	Edades: 1año. 10.años. 29 años	
Nombre(s) padre(s): Arnulfo Riascos	Profesión, ocupación u oficio: agricultura.		
olivia Socorro Riascos	Ama de Casa		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Marylinda Riascos	Ama de casa	Cauca	3106263211
2.-	Daniel Riascos	Pilero	Antioquia.	3166794817

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio [ ] Amigo [ ] Agencia [ ] Otro [x]

¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre de la persona que lo recomienda:

División o departamento:

Si tiene parientes en esta empresa mencionelos:

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Oscar Riascos
c.c. 1.026 565 817

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

Vo. Bo. como candidato. Firma: | Fecha:

Concepto segundo entrevistador:

Vo. Bo. como candidato. Firma: | Fecha:

Conclusiones

Fecha:

Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]

Candidato elegible proximamente Si [ ] No [ ]

Contrátese a partir del:

Sueldo: $

Cargo:

Tipo de contrato:

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este.Oscar riascos riascos con cédula 1026555817 de LOPEZ todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 04/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 04/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Oscar Riascos

oscar riascos

cédula 1026555817

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	240	02/10/2021	C 1026555817	RIASCOS RIASCOS OSCAR	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

EA2D6EC95377A9F58210B7CD7F4E5269 Certificado impreso el día 10/1/2021 10:47:04 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Aplica solo para operadores Claro, Movistar y Tigo

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.	Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
786 838 07 55	+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OSCAR ARNULFO
RIASCOS RIASCOS
1026555817

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carnè es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007180477	01|1|1|01|2|01|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RIASCOS (Primer apellido)	RIASCOS (Segundo apellido)	OSCAR (Primer nombre)	ARNULFO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1026555817	Femenino ☐ Masculino ☒	01|8|01|2|1|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COLFONDOS	908526

18.Residencia			
CL 19 J 2 M 03 SUR TV LA TO AURES (Dirección)	Telefono fijo	3126969178 (Telefono celular)	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM (Correo electronico)
MEDELLIN (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	ANTIOQUIA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS FLORIDA - VS FLORIDA	VSFLORIDA - VSFLORIDA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01

39.Ubicación				
CL59 B 68 67 AP 202 (Dirección)	4665716 (Teleéfono)	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM (Correo electrónico)	MEDELLIN (Municipio/distrito)	ANTIOQUIA (Departamento)

669

No de Radicacion
4007180477

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		01|11|10|2|10|2|1

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Oscar Riascos	Carlos Rios

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR ARNULFO RIASCOS RIASCOS identificado(a) con C.C No. 1.026.555.817, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de enero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligencie este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, en utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC =	8674012		RAMOS SOTO LUIS	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CC CE PA RC =	1026555817	RIASCOS	RIASCOS	OSCAR		X 2 3 4 5	08 02 1986	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 17D CL62-113	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3102849271	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 1 2	$ 908526	8	240	X 1 2	01 10 21	AYUDANTE	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CD CE PA RC 11						F M	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco: Cónyuge	Hijo	Padre/Madrastra	Hermano/a	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD	MM	AAAA	Género: Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta _____
  - Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
  - Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado. además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello, la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos; para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepta este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepta este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente email:protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Oscar Ramos		

Cod. 108 - V13

Original (Comfama) - cadena sa VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

MINTRABAJO
Resolución 1178 de 2017
Aprobación No. 08SE2020220000000040245
2020/12/03

NOVUS ORDO
CELAC
Calidad en Educación
CELAC NTC 6072 Certificado No 30.370-1
fecha de otorgamiento 26/12/2019
CERTIFICARE PSM15-0

PROYECTOS & SERVICIOS EMPRESARIALES PSM SAS

NIT:900905747-2
PSM VERTICKAL TSA

Licencia en seguridad y salud en el trabajo No 645 de 27/04/2018

N0 ACREDITACION
18-CPR-002

PSM VERTICKAL T.S.A

HACE CONSTAR QUE:

OSCAR ARNULFO RIASCOS RIASCOS

Con cedula de ciudadanía No 1026555817

Cursó y se certifico en capacitación y entrenamiento

EN REENTRENAMIENTO NIVEL AVANZADO

En Proteccion Contra Caidas En Trabajo Seguro En Alturas

Con una intensidad de 20: Horas

Realizado los días 26 al 27 de septiembre del 2021 en la ciudad de Bogotá DC

En cumplimiento con los requisitos establecidos en la Res. 1409 de 2012.Res. de 2017. Y NTC 6072/2014

Se expide en la ciudad de Bogotá DC. El día 27 de septiembre de 2021

ALBA MERY ORTIZ
Representante legal de
PSM VERTICKAL TSA SAS
NIT 900.905.747-2

JAIME NICOLAS GONZALEZ R
CC:1026557157
LICENCIA EN SO 25-1186

Verificación y autenticidad del certificado: psm.vertickal@gmail.com proservice.pseltda@hotmail.com
322452 5330 749 8581 www.psmvertickal.com
Av Américas No 69 B 85 - Bogotá Colombia

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1026555817-936403

Fecha Cierre: 1/10/2021 9:03:40 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	01 oct. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OSCAR ARNULFO RIASCOS RIASCOS	**Identificación:**	1026555817
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	no reporta **Móvil:** 3126965178
Fecha Nacimiento:	8/02/1986	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	LLANADAS	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 99 Talla: 185 IMC: 29**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
TRIGLICERIDOS	LEVE ELEVACION	
COLESTEROL TOTAL	LEVE ELEVACION	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	NORMAL	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO:
SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020 Y LA RESOLUCION 777 DEL 02 DE JUNIO 2021
EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	PPyP

Información de Remisiones

NO

Natalia A. Henao R.



OSCAR RIASCOS

NATALIA ANDREA HENAO RENDON

Médico Especialista en Salud Laboral 2020060114345 56115-12

OSCAR ARNULFO RIASCOS RIASCOS 1026555817

Firma y cédula del Paciente

Bogotá D.C., octubre 1 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que OSCAR ARNULFO RIASCOS RIASCOS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026555817, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: PROYECTOS Y SERVICIOS EMPRESARIALES PSM SAS
ENTRENADOR FORMADOR: JAIME NICOLAS GONZALEZ RODRIGUEZ
SEDE DONDE SE FORMO: PROYECTOS Y SERVICIOS EMPRESARIALES PSM S.A.S.
FECHAS DE FORMACIÓN: 26/09/2021 12:00:00 a. m. a 27/09/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 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 octubre 1 de 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.041.535.429
PESTAÑA CUESTA

APELLIDOS
YILMER

NOMBRES
Yilmar Pestaña

FIRMA



Diracción C.R. 50 C. 96.28

con Pañero de francisco Rodrigues



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1992
URRAO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

30-ENE-2012 URRAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0100100-01078135-M-1041535429-20190629 0065715512A 1 52227109

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	yilmar pestaña cuesta
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.041.535.429** de urrao
FECHA DE NACIMIENTO	30 de agosto de 1992
LUGAR DE NACIMIENTO	urrao antioquia
ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCIÓN	cr 50 c no 96 28
TELÉFONO	3113167539
CARGO	pilero

EXPERIENCIA LABORAL

CULTIVO GUAMITO

CARGO: Operario Agrícola
TIEMPO DE SERVICIO: 8 meses

INGEADES S.A.S
CARGO: pilero
TIEMPO: 6 meses

CONSTRUEXITO S.A.S
CARGO: pilero
TIEMPO: 4 meses

REFERENCIAS PERSONALES

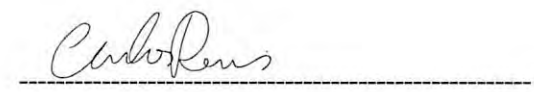
robinson mosquera
TELÉFONO: 3122431934

_____

Francisco rodriguez
C.C. 98.668.915 de envigado

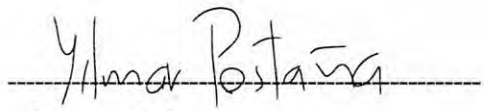
CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este. Yilmar pestaña cuesta con cédula 1.041.535.429 de urrao todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 08/10/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 08/10/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012



yilmar pestaña

cédula 1.041.535.429

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/10/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	241	07/10/2021	C 1041535429	PESTAÑA CUESTA YILMER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5F6482AD5EA706555C45EA8F213B345F

Certificado impreso el día 10/6/2021 9:43:50 AM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55

Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

YILMER
PESTAÑA CUESTA
1041535429

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/10/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3750595	06/10/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1041535429	YILMER PESTAÑA CUESTA	908526	AYUDANTE DE OBRA	2021-10-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Octubre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PESTAÑA CUESTA YILMER** identificado(a) con **CC** número **1.041.535.429** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de marzo de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de octubre de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021100610085

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

NIP	No. Solicitud	Fecha de Recibo D / MM / AAAA

Instrucciones: Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligencie con letra imprenta mayúscula y utilizando tinta de color negro.
- Marque con una X las casillas correspondientes. Recuerde que no todas las casillas...

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	DV	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Municipio / Vereda
X	8674012		RAMOS SOTO LUIS	4665716	

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X	1041535429	PESTANO	CUESTA	YILMER		U	30 08 1992	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRSDC # 9628	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3158514457	

Datos laborales

Tipo de salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X	$ 908526	8	240	X	06 10 21	AYUDANTE	SI NO

Datos adicionales empleadas servicio domestico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Tipo	Razón Social	No de horas mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de conyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Teléfono

Datos de las personas a cargo

Tipo de identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento D/D MM AAAA	Género

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta:
- Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera:
- ☐ Tarjeta de afiliado
- ☐ Pago en efectivo en puntos [illegible]

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste, y no lo tenga cobrado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Manifiesto encontrar en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí consignados y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

[illegible]

Firma del trabajador	Nombre y número de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	YILMER PESTANO		

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1041535429-940222

Fecha Cierre: 06/10/2021 01:07:13

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	06 oct 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YILMER PESTAÑA CUESTA	**Identificación:**	1041535429
Género	MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono**	NO TINE **Móvil:** 3127316275
Fecha Nacimiento:	30/08/1992	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CAR 50C 96-28	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 70 Talla: 177 IMC: 22**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
TRIGLICERIDOS	ANORMAL LEVE	
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL LEVE	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	CUMPLE	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020 Y LA RESOLUCION 777 DEL 02 DE JUNIO 2021
EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA
DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1409 DE 2012.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Jhony Secreto:



Yilmar Pestaña

JHONY ENRIQUE SARMIENTO BARBOZA

Médico Especialista en Salud Laboral 2018060031133 5559110

YILMER PESTAÑA CUESTA 1041535429

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

"Reforzando la Seguridad en el trabajo"

Persona Jurídica, certificada en la NTC 6072, ente certificador ICONTEC, código certificado CS-CER613645 Fecha de aprobación 01/06/2018 y aprobada por el Ministerio de trabajo según radicado 08SE2018220000000030640 fecha aprobación 23/08/2018 para impartir formación en trabajo seguro en alturas

CERTIFICA A:

YILMER PESTAÑA CUESTA
C.C. 1041535429

NIVEL **REENTRENAMIENTO** con una intensidad de 20 horas
Los días 02 y 03 de octubre del 2021 en el municipio de la Estrella (Ant).

Sergio Leon Meneses Echavarria
Entrenador Lic. en 20190803603745/2019 Desa

Astrid Elena Jaramillo Torres
Directora de operaciones

Dado en la Estrella (Ant.) el 03 de octubre de 2021 - Código CJT-13749-2021
Para verificar el certificado comuníquese a los teléfonos (4) 3074376 - 3023256478
Página web: www.cjtalturas.com

Bogotá D.C., octubre 7 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que YILMER PESTA?A CUESTA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1041535429, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: CJT ALTURAS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: SERGIO LEON MENESES ECHAVARRIA
SEDE DONDE SE FORMO: CJT ALTURAS S.A.S
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/10/2021 12:00:00 a. m. a 03/10/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 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 octubre 7 de 2021

SOTARCO

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800129071	0	SOTARCO SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	SOTARCO	CARRERA 45 N 9 SUR 12 APTO 603	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4444017	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-10	1165243931	9425719468	E	2021/10/19	2021/10/14	BANCO DE BOGOTA	0	$19,061,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SOTARCO (43 Afiliados)																							$61,014,614	$9,935,300			$61,711,151	$2,499,700			$61,013,348	$2,412,200			$61,711,151	$4,214,500		$0	$0		$19,061,700
Centro de Trabajo: FREDONIA (10 Afiliados)																							$7,048,579	$1,103,800			$7,745,116	$345,200			$6,696,522	$243,800			$7,745,116	$467,100		$0	$0		$2,159,900
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (10 Afiliados)																							$7,048,579	$1,103,800			$7,745,116	$345,200			$6,696,522	$243,800			$7,745,116	$467,100		$0	$0		$2,159,900
1	CC	15265871	CANO JUAN											X							230301	2	$60,569	$9,700	EPS010	2	$60,569	$2,500	CCF04	0	$0	$0	14-11	2	$60,569	$0	0	$0	$0	Si	$12,200
2	CC	15265871	CANO JUAN									X									230301	28	$909,196	$145,500	EPS010	28	$909,196	$36,400	CCF04	28	$909,196	$36,400	14-11	28	$909,196	$63,300	28	$0	$0	Si	$281,600
3	CC	8463128	GARCIA MAURO		X							X								X	230301	30	$932,186	$149,200	EPS002	30	$932,186	$37,300	CCF04	30	$1,004,111	$40,200	14-11	30	$932,186	$64,900	30	$0	$0	Si	$291,600
4	CC	1046668251	JIMENEZ MARIA																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
5	CC	1001398248	LOPEZ JAIR	X																	230301	10	$302,842	$48,500	ESSC24	10	$302,842	$12,200	CCF04	10	$302,842	$12,200	14-11	10	$302,842	$21,100	10	$0	$0	Si	$94,000
6	CC	1018373809	MACHADO CARLOS									X									231001	30	$1,265,469	$202,500	EPS002	30	$1,265,469	$50,700	CCF04	30	$1,265,469	$50,700	14-11	30	$1,265,469	$88,100	30	$0	$0	Si	$392,000
7	CC	1146436866	MARIN MIGUEL											X							25-14	1	$30,285	$3,700	EPS010	1	$30,285	$0	CCF04	1	$30,285	$0	14-11	1	$30,285	$0	1	$0	$0	Si	$3,700
8	CC	1146436866	MARIN MIGUEL											X							25-14	1	$30,285	$3,700	EPS010	1	$30,285	$0	CCF04	1	$30,285	$0	14-11	1	$30,285	$0	1	$0	$0	Si	$3,700
9	CC	1146436866	MARIN MIGUEL											X							25-14	1	$30,285	$3,700	EPS010	1	$30,285	$0	CCF04	1	$30,285	$0	14-11	1	$30,285	$0	1	$0	$0	Si	$3,700
10	CC	1146436866	MARIN MIGUEL												X						25-14	2	$60,569	$9,700	EPS010	2	$60,569	$2,500	CCF04	0	$0	$0	14-11	2	$60,569	$0	0	$0	$0	Si	$12,200
11	CC	1146436866	MARIN MIGUEL												X						25-14	4	$121,138	$19,400	EPS010	4	$121,138	$4,900	CCF04	0	$0	$0	14-11	4	$121,138	$0	0	$0	$0	Si	$24,300
12	CC	1146436866	MARIN MIGUEL												X						25-14	6	$181,706	$29,100	EPS010	6	$181,706	$7,300	CCF04	0	$0	$0	14-11	6	$181,706	$0	0	$0	$0	Si	$36,400
13	CC	1146436866	MARIN MIGUEL									X									25-14	15	$468,459	$75,000	EPS010	15	$468,459	$18,800	CCF04	15	$468,459	$18,800	14-11	15	$468,459	$32,700	15	$0	$0	Si	$145,300
14	CC	1036961651	TILANO AXEL	X																		0	$0	$0	EPS010	23	$696,537	$87,100		0	$0	$0	14-11	23	$696,537	$48,500	0	$0	$0	No	$135,600
15	CC	1035580970	URREGO HENRY	X																	230301	10	$302,842	$48,500	EPS040	10	$302,842	$12,200	CCF04	10	$302,842	$12,200	14-11	10	$302,842	$21,100	10	$0	$0	Si	$94,000
16	CC	1001398312	URREGO JEFFERSON	X																	230301	10	$302,842	$48,500	EPS037	10	$302,842	$12,200	CCF04	10	$302,842	$12,200	14-11	10	$302,842	$21,100	10	$0	$0	Si	$94,000
17	CC	1152222639	VIDALES OMAR										X								230301	15	$525,000	$63,000	EPS002	15	$525,000	$0	CCF04	15	$525,000	$0	14-11	15	$525,000	$0	15	$0	$0	Si	$63,000
18	CC	1152222639	VIDALES OMAR									X									230301	15	$616,380	$98,700	EPS002	15	$616,380	$24,700	CCF04	15	$616,380	$24,700	14-11	15	$616,380	$43,000	15	$0	$0	Si	$191,100
Centro de Trabajo: JOSE COMUNAS (1 Afiliados)																							$936,917	$150,000			$936,917	$37,500			$936,917	$37,500			$936,917	$65,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																							$936,917	$150,000			$936,917	$37,500			$936,917	$37,500			$936,917	$65,300		$0	$0		$290,300
19	CC	15260857	SANCHEZ JOSE									X									25-14	30	$936,917	$150,000	EPS002	30	$936,917	$37,500	CCF04	30	$936,917	$37,500	14-11	30	$936,917	$65,300	30	$0	$0	Si	$290,300
Centro de Trabajo: PEQUE (13 Afiliados)																							$11,205,154	$1,793,300			$11,205,154	$449,000			$11,439,856	$458,300			$11,205,154	$780,700		$0	$0		$3,481,300
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (13 Afiliados)																							$11,205,154	$1,793,300			$11,205,154	$449,000			$11,439,856	$458,300			$11,205,154	$780,700		$0	$0		$3,481,300
20	CC	15287454	CHAVARRIA OBED	X																	231001	10	$302,842	$48,500	ESSC24	10	$302,842	$12,200	CCF04	10	$302,842	$12,200	14-11	10	$302,842	$21,100	10	$0	$0	Si	$94,000
21	CC	1000633546	GRACIANO EDWIN																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS040	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
22	CC	1035581929	GRACIANO HERMES																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS040	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
23	CC	1001398555	GUERRA ROMEL																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS040	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
24	CC	1001398421	HIGUITA CARLOS		X															X	230301	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$986,760	$39,500	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$284,600
25	CC	15286686	HIGUITA HERIBERTO																		230201	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
26	CC	71782807	RIVAS JESUS																		231001	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
27	CC	1001398282	TABORDA EDISON		X															X	230301	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$986,760	$39,500	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$284,600
28	CC	1001398867	TABORDA ESNEIDER		X															X	230301	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$986,760	$39,500	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$284,600
29	CC	1035582690	TABORDA FABER																		230201	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
30	CC	1037389866	TUBERQUIA CARLOS																		230301	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
31	CC	1035581655	TUBERQUIA RAUL																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS040	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500
32	CC	98463579	USUGA FELIX																		25-14	30	$908,526	$145,400	ESSC24	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	Si	$281,500

2021/10/14 01:49 PM

Centro de Trabajo: URGENCIA MANIFIESTA (19 Afiliados)																							$41,823,964	$6,888,200			$41,823,964	$1,668,000			$41,940,053	$1,672,600			$41,823,964	$2,901,400		$0	$0		$13,130,200
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (19 Afiliados)																							$41,823,964	$6,888,200			$41,823,964	$1,668,000			$41,940,053	$1,672,600			$41,823,964	$2,901,400		$0	$0		$13,130,200
33	CC	71269287	ARIAS MILTON									X									230201	30	$2,582,598	$413,300	EPS010	30	$2,582,598	$103,400	CCF04	30	$2,582,598	$103,400	14-11	30	$2,582,598	$179,800	30	$0	$0	SI	$799,900
34	CC	37581139	CADENA DARLY																		230201	30	$2,482,064	$397,200	EPS037	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
35	CC	78755528	COGOLLO JUAN									X									230301	30	$917,990	$146,900	EPS010	30	$917,990	$36,800	CCF04	30	$917,990	$36,800	14-11	30	$917,990	$63,900	30	$0	$0	SI	$284,400
36	CC	70195087	ECHEVERRI HENRY										X								230201	3	$90,853	$11,000	EPS002	3	$90,853	$0	CCF04	3	$90,853	$0	14-11	3	$90,853	$0	3	$0	$0	SI	$11,000
37	CC	70195087	ECHEVERRI HENRY	X																	230201	3	$90,853	$14,600	EPS002	3	$90,853	$3,700	CCF04	3	$90,853	$3,700	14-11	3	$90,853	$6,400	3	$0	$0	SI	$28,400
38	CC	71590075	ESPINOSA IVAN									X									25-14	30	$975,719	$156,200	EPS002	30	$975,719	$39,100	CCF04	30	$975,719	$39,100	14-11	30	$975,719	$68,000	30	$0	$0	SI	$302,400
39	CC	43748276	GARCES CARMEN																		230201	30	$5,165,795	$878,400	EPS010	30	$5,165,795	$206,700	CCF04	30	$5,165,795	$206,700	14-11	30	$5,165,795	$359,600	30	$0	$0	SI	$1,651,400
40	CC	1128421122	GUTIERREZ JUAN									X									230301	30	$1,128,564	$180,600	EPS002	30	$1,128,564	$45,200	CCF04	30	$1,128,564	$45,200	14-11	30	$1,128,564	$78,600	30	$0	$0	SI	$349,600
41	CC	1017169820	HERNANDEZ DIANA																		230201	30	$4,343,611	$738,600	EPS010	30	$4,343,611	$173,800	CCF04	30	$4,343,611	$173,800	14-11	30	$4,343,611	$302,400	30	$0	$0	SI	$1,388,600
42	CC	8434499	MONTOYA JUAN																		230301	30	$6,205,159	$1,055,100	EPS010	30	$6,205,159	$248,300	CCF04	30	$6,205,159	$248,300	14-11	30	$6,205,159	$431,900	30	$0	$0	SI	$1,983,600
43	CC	71292393	MUÑOZ JOHN																		230201	30	$1,116,929	$178,800	EPS040	30	$1,116,929	$44,700	CCF04	30	$1,116,929	$44,700	14-11	30	$1,116,929	$77,800	30	$0	$0	SI	$346,000
44	CC	1035224477	MURILLO DIANA																		230201	30	$2,482,064	$397,200	EPS010	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
45	CC	1152210236	OCHOA DANIELA																		25-14	30	$2,482,064	$397,200	EPS037	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
46	CC	1152447111	POSADA BRAYAN									X									25-14	30	$975,719	$156,200	EPS002	30	$975,719	$39,100	CCF04	30	$975,719	$39,100	14-11	30	$975,719	$68,000	30	$0	$0	SI	$302,400
47	PE	824674803101 994	PUYOSA MAIQUEL										X								230201	2	$60,569	$7,300	EPS002	2	$60,569	$0	CCF04	2	$60,569	$0	14-11	2	$60,569	$0	2	$0	$0	SI	$7,300
48	PE	824674803101 994	PUYOSA MAIQUEL		X							X								X	230201	28	$915,151	$146,500	EPS002	28	$915,151	$36,700	CCF04	28	$1,031,240	$41,300	14-11	28	$915,151	$63,700	28	$0	$0	SI	$288,200
49	CC	1128273442	RESTREPO LINA									X									230301	30	$922,722	$147,700	EPS040	30	$922,722	$37,000	CCF04	30	$922,722	$37,000	14-11	30	$922,722	$64,300	30	$0	$0	SI	$286,000
50	CC	1193232351	RUIZ YEISON									X									25-14	30	$917,990	$146,900	EPS040	30	$917,990	$36,800	CCF04	30	$917,990	$36,800	14-11	30	$917,990	$63,900	30	$0	$0	SI	$284,400
51	CC	71787334	TABORDA SANTIAGO																		25-14	30	$2,482,064	$397,200	EPS016	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
52	CC	1018372425	VELASQUEZ DANY									X									231001	30	$1,141,875	$182,700	EPS010	30	$1,141,875	$45,700	CCF04	30	$1,141,875	$45,700	14-11	30	$1,141,875	$79,500	30	$0	$0	SI	$353,600
53	CC	1020447060	VELASQUEZ DIANA																		25-14	30	$4,343,611	$738,600	EPS010	30	$4,343,611	$173,800	CCF04	30	$4,343,611	$173,800	14-11	30	$4,343,611	$302,400	30	$0	$0	SI	$1,388,600
Total		**Afiliados(43)**																					$61,014,614	$9,935,300			$61,711,151	$2,499,700			$61,013,348	$2,412,200			$61,711,151	$4,214,500		$0	$0		$19,061,700

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800129071	0	SOTARCO SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	SOTARCO	CARRERA 45 N 9 SUR 12 APTO 603	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4444017	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-10	1165243931	9425719468	E	2021/10/19	2021/10/14	BANCO DE BOGOTA	0	$19,061,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$9,935,300	$0	$0	$9,935,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$579,100	$0	$0	$579,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$2,432,000	$0	$0	$2,432,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	18	$3,305,100	$0	$0	$3,305,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	11	$3,619,100	$0	$0	$3,619,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				43	$4,214,500	$0	$0	$4,214,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	43	$4,214,500	$0	$0	$4,214,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$2,412,200	$0	$0	$2,412,200
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	42	$2,412,200	$0	$0	$2,412,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				43	$2,499,700	$0	$0	$2,499,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	2	$135,700	$0	$0	$135,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	9	$279,200	$0	$0	$279,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	11	$1,247,300	$0	$0	$1,247,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$247,200	$0	$0	$247,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$314,000	$0	$0	$314,000
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	8	$276,300	$0	$0	$276,300
TOTAL				43	$19,061,700	$0	$0	$19,061,700

ANEXO 2. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

SOTARCO - ALTAVISTA

[illegible] SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-060 Versión: 001
	ENTREGA DE DOTACIÓN	Fecha: 30/11/2017 Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACIÓN

NOMBRE: Miguel Angel Cano H	CEDULA: 71.878.073
CARGO: Ayudante	OBRA: UMA 2

ELEMENTOS DE DOTACIÓN ENTREGADOS

ELEMENTO ENTREGADO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Botas	1		
Camisa	1	9/10/2017	Miguel

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE Carolina Mullo C.	CEDULA No. 1035229977
CARGO SST	FIRMA Carolina Mullo C

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion entregada y mantenerla en buen estado y no hacer un uso indebido de ella mientras estoy por fuera de mi lugar de trabajo. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de la misma.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para la dotacion entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Miguel Cano

CEDULA No: 71878073

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Aquelio Alvarez	CEDULA: 71.705.055
CARGO: ayudante - parte y pico	OBRA: UMNG

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	x			1		
overol	x			1		
botas	x			1		
protector auditivo	x			1	15/9/2021	
guantes	x			3		
gafas				1	28/9/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Caroline Mujico C.	CEDULA No. 1032229977
CARGO SST	FIRMA Caroline Mujico

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Aquelio Alvarez

CEDULA No: 71 705 055

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Axel Tilano Monsalve	CEDULA: 1.036.961.651
CARGO: Aux tecnico	OBRA: UMA 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	4			1		
Tapabocas caja x 50	9			1	8/09/2021	
Tapaoidos	4			1	28/09/21	
					7/10/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo Cañon	CEDULA No. 1035224977
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo C

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1036961651

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Brayan Stiven posada L — CEDULA: 1. 152.447.111

CARGO: Auxiliar de Transito — OBRA: Ona 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco				1	26/07/2021	Brayan Posada
Barbuquejo				1	26/07/2021	Brayan posada
gafas				1	26/07/2021	Brayan posada
guantes				1	26/07/2021	Brayan Posada
protector auditivo				1	26/07/2021	Brayan posada
tapabocas				6	26/07/2021	Brayan posada
Botas de caucho				1	10/08/2021	Brayan Posada
Guantes de cuero				1	10/08/2021	Brayan posada
tapaboca				4	12/08/21	Brayan Posada
Gantes de vaqueta				1	12/08/21	Brayan Posada
Gafa				1	17/08/21	Brayan Posada
Tapaboca				6	11/09/21	
Guante				1	11/0/21	
Gafa				1	28/10/21	Brayan posada

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo C. — CEDULA No. 1037224971

CARGO SST — FIRMA Carolina Murillo C.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Brayan Stiven Posada Loaiza

CEDULA No: 1. 152.447.111

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Carolina Murillo	CEDULA:	1035224477
CARGO:	SST.	OBRA:	Viviendas Manifestas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Plutecor antiinsecticida	X			1	15-07-2021	Carolina Murillo
caja tapabocas	X			1	17/08/21	Carolina Murillo
caja de tapabocas	X			1	2/09/21	Carolina Murillo
Caja de tapabocas	X			1	6/10/21	Carolina Murillo

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dary Cardona	CEDULA No.	3759139
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carolina Murillo C

CEDULA No: 1035224477

690

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Diana Carolina Velasquez	CEDULA: 1020 947 060
CARGO: Ambiental	OBRA: UMAG

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1 Caja x 50 tapabocas	X			1	11/08/21	Carolina V.
1 Caja de tapabocas	X			1	11/09/21	Carolina V.
1 Caja de tapabocas	X			1	6/10/21	Carolina V.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo C.	CEDULA No. 1035220071
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carolina Velásquez S.

CEDULA No: 1020947060

BOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Dany A Velosquez. O — CEDULA: 1018 378 425

CARGO: Patricial — OBRA: Virgen Hualfas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes Vaqueta	✓			1	10-07-2021	
Monogafas	✓			1	10-07-2021	
Protek Auditiva	✓			1	10-07-2021	
Tapabocas	✓			3	10-07-2021	
Guante vaqueta	✓			1	28/07/21	
Guantes de cuero	✓			1	2/08/21	
Barbaquejo	✓			1	5/08/21	
Guantes de cuero	✓			1	10/08/21	
Tapabocas	✓			6	12/08/21	
Gafas	✓			1	13/08/21	
Tapaoidos	✓			1	25/08/21	
Gafas	✓			1	2/09/2021	
Tapaoidos copa	✓			1	2/09/2021	
Tapabocas	✓			6	4/09/2021	
Guantes	✓			1	20/09/2021	
Guantes	✓			1	29/09/2021	
tapabocas	✓			6	16/10/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Yeey Valdez — CEDULA No. 37581351

CARGO SST — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Dany A Velosquez O

CEDULA No: 1018 378 425

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Diana Hernandez	CEDULA: 1017169820
CARGO: Social	OBRA: Uma 9

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1 Caja tapabocas				1	2/09/21	Diana Hernandez
1 Caja tapabocas				6	11/09/21	Diana Hernandez
1 Caja tapabocas				1	4/10/2021	Diana Hernandez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Mallo C	CEDULA No. 1035227997
CARGO SST	FIRMA Carolina Mallo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Diana Hernández Bocanegra

CEDULA No: 1017169820

SUTACO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Henry Mosquera Chaverra — CEDULA: 70195082

CARGO: Ayudante — OBRA: Uraba

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	X			1		Henry Chaverra
Guantes	X			1		Henry Chaverra
Gafas	X			1	10/10/2017	Henry Chaverra
Protector Auditivo	X			1		Henry Chaverra
Tapabocas	X			6		Henry Chaverra
Guantes	X			2	16/10/17	Henry Chaverra

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo R — CEDULA No. 1037229077

CARGO SST — FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Henry Chaverra

CEDULA No: 70195082

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Dario Espinosa | CEDULA: 71590075

CARGO: Ayudante | OBRA: Viviendas Manifestas 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes	✓			1	10-07-2021	JUANDARIOEA
Gafas.	✓			1	10-07-2021	JUANDARIOEA
Protea auticu.	✓			1	10-07-2021	JUANDARIOEA
Tapabocas.	✓			6	10-07-2021	JUANDARIOEA
Guantes cauchos	✓			1	27/01/21	JUANDARIOEA
botas-caucho	x			1	7/08/21	JUANDARIOEA
tapabocas	x			6	12/08/21	JUANDARIOEA
Gafas	x			1	13/08/21	JUANDARIOEA
guantes	✓			1	21/08/21	JUANDEA
Tapabocas	✓			6	11/09/2021	JUAN DEA
Guantes	✓			1	6/10/21	JUAN DE A
tapaboca	✓			1	6/10/21	JUAN DE A
guantes	✓			1	6/10/21	JUAN DE A

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dany Cordero | CEDULA No. 37581139

CARGO Reste SST | FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓

JUAN DARIO ESPINOSA ARIAS

CEDULA No: ✓ 71.590.075

695

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Carlos Cano G	CEDULA: 15 265 871
CARGO: Minero Y AY	OBRA: Uma 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	X			1		
guantes	X			1	25/08/2021	
Tapa oidos	X			1		
gafas	X			1		
Tapabocas	X			0		
Tapabocas	X			6	4/09/2021	
Cuantes cauchi	X			1		
Gafas	X			1	8/10/21	Juan Carlos CG
Guantes	X			1	3/10/21	
Gafas	X			1	6/10/21	
tapabocas	X			6	6/10/21	
Guantes cauchi	X			1	18/10/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo Cañon	CEDULA No. 1035229944
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:
Juan Carlos Cano G

CEDULA No: 15 265 871

696

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Lina María Restrepo	CEDULA: 1.128.273.442
CARGO: Auxiliar vial	OBRA: UMA 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco				1	26 de julio	Lina María R.P
barbuquejo				1		Lina María R.P
Gafas				1		Lina María R.P
Guantes				1	10 x 120	Lina María R.P
protector auditivo				1		Lina María R.P.
tapabocas				6	~	Lina María R.P
Guantes de cuero				1	27/07/21	Lina María R.P
tapabocas				6	12/09/21	Lina María R.P.
Guantes carpet				1	12/09/21	Lina María R.P
Tapabocas				6	11/04/2021	Lina María R.P.
tapabocas				6	6/10/21	Lina María.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Lina María Restrepo	CEDULA No. 1128 273 442
CARGO Auxiliar de tránsito	FIRMA Lina María Restrepo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:
Lina María Restrepo posada

CEDULA No: 1128 273 442

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Omar Alexis Vidal	CEDULA: 1.152.222.639
CARGO: Ayudante	OBRA: ayudante - UMA 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes de vaqueta	1			1	29/07/21	A/EXIS V.
Barbuquejo	2			1		A/EXIS V.
Tapabocas	3			2	5/08/21	A/EXIS V.
Gafas	4			1	10/08/21	A/EXIS V.
Tapabocas	5			4	12/08/21	A/EXIS V.
Guantes	6			1		A/EXIS V.
tapabocas	7			1	31/08/21	A/EXIS V.
tapabocas	8			6	11/08/21	Alexis V.
Guantes	9			1	6/10/21	Alexis V.
tapabocas	10			6	11/10/21	Alexis V.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo C.	CEDULA No. 1035229944
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Omar Vidal

CEDULA No: 1152222639

SOTARCO – SAP

URGENCIAS MANIFIESTAS

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Manuel Mendoza	CEDULA:	1.063716537
CARGO:	Oficial	OBRA:	Aguadas SAS.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas claras	✓			1	29/10/2021	
Protec act insecti.	✓			1	29/10/2021	
Tapabocas.	✓			6	29/10/2021	
Guantes precisión	✓			1	29/10/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dailu Cardeno	CEDULA No.	37581139.
CARGO	Res SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Manuel Mendoza

CEDULA No: 1.063716537

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

700

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Gabriel Rodriguez	CEDULA: 78294679
CARGO: ayudante	OBRA: San antonio de prado.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas	✓			1	25-10-21	x Gabr. Rodr
Guantes	✓			1	25-10-21	x Gabr. Rodr
pro. auditivos	✓			1	25-10-21	x Gabr. Rodr
Casco.	✓			1	25-10-21	x Gabr. Rodr
tapabocas	✓			6	25-10-21	x Gabr Rodr

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Daly Calero.	CEDULA No. 37591139
CARGO Resp SST.	FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:
x Gabr. Rodr

CEDULA No: x 78294679.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Julian Zapata — CEDULA: 1128463089

CARGO: Oficios Varios — OBRA: Urgencias Manizales 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco, Protector Auditivo	✓			1 unidad	21-10-2021	✓ Julian Z
Monogafas Claras	✓			1 Unidad	21-10-2021	✓ Julian Z
Guantes Vaqueta	✓			1 par	21-10-2021	✓ Julian Z
tapabocas lavables	✓			6 unidades	21-10-2021	✓ Julian Z
Protector auditivo inserción	✓			1 unidad	21-10-2021	✓ Julian Z
Guantes precision	✓			1 par	21-10-2021	✓ Julian Z

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dany Cordero — CEDULA No. 37581139

CARGO: Res SST. — FIRMA: Dany Cordero

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓ Julian Z

CEDULA No: ✓ 1.128.463.085

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Cesar Martinez | CEDULA: 10887934

CARGO: Pintor | OBRA: Ulyeni Mutas 4. SAP.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco con Barbuquejo	✓			1	13-10-2021	
Monogafas claras	✓			1	13-10-2021	
Protector Inser.	✓			1	13-10-2021	
Guantes picosun.	✓			1	13-10-2021	
Tapabocas	✓			4	13-10-2021	
Peto color coyo.	✓			1	13-10-2021	Cesar
Guantes picosun	✓			1	22-10-2021	Cesar
Tapa oidos	✓			1	26-10-21	Cesar
Guantes Cacho	✓			11	27/10/11	Cesar
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO	✓			1	27/10/11	cesar
Guantes picosun	✓			1	28/10/2021	Cesar

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dayi Cadena | CEDULA No. 37001234.

CARGO: SST | FIRMA: Dayi

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección individual recibidos y mantenerlos en buen estado, 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 información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Cesar Martinez

CEDULA No: 10887934

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Francisco Rodriguez	CEDULA: 98668915
CARGO: pilero	OBRA: Ucevu Malla 4 SAN

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas	✓			1	11-10-2021	
Guantes Vaqueta	✓			1	11-10-2021	
Protector auditivo	✓			1	11-10-2021	
Casco Bolivar	✓			1	11-10-2021	
Tapabocas	✓			6	11-10-2021	
Guantes piel	✓			1	13-10-2021	FRANCO

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dany Cadena	CEDULA No. 3759138
CARGO Res SST	FIRMA Dany Cadena

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: FRANCO

CEDULA No: 98668915

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Vilma Pastrana — CEDULA: 1041535429

CARGO: Pilaro — OBRA: Urgencias Montes 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco y Barbiquejo	✓			1	11 10 2021	Vilma
Monogafas	✓			1	11-10-2021	
Tapabocas	✓			4	11-10-2021	
Guantes	✓			1	11-10-2021	
Protector Auto.	✓			1	11-10-2021	
Guantes prearon	✓			1	13-10-2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dalia Cadena — CEDULA No. 37581129

CARGO: Res SST. — FIRMA: Dalia Cadena

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Vilma Pastrana

CEDULA No: 1041535429

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Felix Palacio.	CEDULA:	73150801
CARGO:	Oficio	OBRA:	Urgencias Metro 4 Sur.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco Barbuyo	✓			1	04 OCT 21	
Gafas	✓			1		FELIX
Tapabocas	✓			6.		
Guantes	✓			1		
Protec Auditivo Insert	✓			1.	04 OCT 21	
Guantes precaución	✓			1	06/10/21	•FELIX
Protec Aud tipo copa	✓			1	15/10/2021	FELIX
Protec Aud tipo insert	✓			1	15/10/2021	
Guantes precaución	✓			1 par	19/10/2021	•FELIX

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Davy Cordero	CEDULA No.	3758139.
CARGO	Residente SST.	FIRMA	Davy Cordero.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: FELIX

CEDULA No: 73150801.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Daniver Riascos | CEDULA: 1002930118

CARGO: Pilero | OBRA: Oficinas Ulitas 4 SRTO.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco Boiaguero	✓			1	04-10-21	
Monogafas	✓			1	04-10-21	
Protector auditivo	✓			1	04-10-21	
Guantes vaqueta	✓			1	04-10-21	
Tapabocas	✓			4	04-10-21	Daniver Daniver
Guantes precision	✓			1	04-10-21	
Gafas precision	✓			1	19 10 21	Daniver
Guantes precision					26-10-21	Daniver

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dayli Cadena | CEDULA No. 37591189

CARGO: Residente SST | FIRMA: Dayli Cadena

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Daniver Riascos

CEDULA No: 1002930118

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: OSCAR Riascos — CEDULA: 1026555817

CARGO: Piloto — OBRA: Glycine Matas 4 SMP.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco y Barbuyo	✓			1	04-oct-21	○
Guantes	✓			1	04-oct-21	
Tapabocas	✓					
Monogafas	✓			1	04-oct-21	
Polea chalinsea	✓			1	04-oct-21	
Guantes Zaucho	✓			1	05-oct-21	OSCAR RR
Guantes piel sun	✓			1 par	06-oct-21	OSCAR RR
Polea Arbo Copol	✓			1	13-10-2021	● OSCAR RR
Tapabocas	✓			1	19 10 2021	● OSCAR RR
Guantes piel sun	✓			1	19 10 2021	● OSCAR RR
Guantes Flexicon	✓			1	27-10-2021	● OSCAR RR

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE OSCAR ARMANDO Riascos — CEDULA No. 1026555817

CARGO Piloto — FIRMA OSCAR Riascos

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Davey Cabrera.

CEDULA No: 3759139.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Milton Rodriguez | CEDULA: 4799692

CARGO: Pintor | OBRA: Urgencias Montas 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco Barbiquejo	✓			1	28-09-21	
Guantes vaqueta	✓			1	28-09-21	
Tapabocas lavables	✓			6	28-09-21	
Pistola aplicadora	✓			1	28-09-21	
Monogafas claras	✓			1	28-09-21	
Guantes Precision	✓			1	12-10-21	
Tapa oidos de inserción	✓			1	25-10-21	
Guantes piel sun	✓			1	28-10-2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Daily Cordero | CEDULA No. 37581139

CARGO: RES SST | FIRMA: Daily Cordero

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 4799692

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Sebastian. Main. CEDULA: 1017165540.

CARGO: Ayudante. OBRA: Agenu Mutas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas osuas	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Guantes Vaqueta	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Tapabocas	✓			6	27-09-21	Sebastian M
Protec aud insercion	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Casco con barbuquejo	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Guantes precision	✓			1	06-10-21	Sebastian M
Guantes precision	✓			1	11-10-21	Sebastian M

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Daisy Cardenas. CEDULA No. 37581139.

CARGO Reste. SST. FIRMA Daisy Cardenas.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Sebastian M

CEDULA No: 1017165540

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Wilder Alexis Zapata.	CEDULA:	1216720450
CARGO:	Ayudante.	OBRA:	Reyeni M. 4. SAP.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes Vaqueta	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
Lentes oscuros	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
P. Auditivo inserción	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
Tapabocas	✓			6	27/09/21	Wilder Z.
casco con barbuquejo	—			1	27/09/21	Wilder Z.
Guantes caucho.	✓			1	1/10/2021	Wilder Z.
Guantes precaucion	✓			1	2/10/2021	Wilder Z.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Daily Cadena	CEDULA No.	37581139.
CARGO	Res SST.	FIRMA	Daily Cadena.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Wilder Z.

CEDULA No: 1216720450

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Yoley Gomez · CEDULA: 1000769259 ·

CARGO: pleo · OBRA: Urgencias Minas 4. S.A.P ·

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas oscuras	✓			1	15/09/21	
Polet alta insercion	✓			1		
Guantes vaqueta	✓			1		
Casco Barbuquejo	✓			1		Yoley Fergo
Tapabocas	✓			6	15/09/21	
Chaleco reflectivo	✓			1	15/09/21	
Tapabocas		✓		1	27/09/21	
Guantes nitrilo		✓		1	27/09/21	Yoley Gomez
Guantes caucho	✓			1	27/09/21	
Guantes caucho				1	01/10/2021	• Yoley Gomez
Guantes nitrilo	✓			1	02/10/2021	• Yoley Ruiz
Polainacultiva	✓			1	07/10/2021	Yoley Ruiz
Guantes vaqueta	✓			1	07/10/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Daicy Cadena · CEDULA No. 37581139 ·

CARGO Res SST · FIRMA Daicy Cadena ·

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Yoley Fergo

CEDULA No: 1000769259

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Eugenio Ruelo polo — CEDULA: 78037901

CARGO: pileto. — OBRA: Ucfeu Motos 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas. oscuro	✓			1	15-09-2021	
Protea acrilica incolora	✓			1	|	
Guantes vaqueta	✓			1	|	
Casco Barbuejo	✓			1	|	
Tapabocas	✓			6	15-09-2021	
Guantes Caucho	✓			1	01-10-2021	
Guantes vaqueta	✓			1	07-10-2021	
Guantes piersun	✓			1	12-10-2021	
Pote Acrilico Copa	✓			1	20/10/2021	
Tapabocas	✓			1	28/10/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Daly Cadena — CEDULA No. 37591324

CARGO: Res SST. — FIRMA: Daly

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓

CEDULA No: ✓ 78.037.901

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Rigoberto Valencia — CEDULA: 1585J6261

CARGO: OFICIAL. — OBRA: Vigencias Manifesto 4 SOP

N: Nuevo R: Reposición P: Pérdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco.	X			1	1/09/2021	
Guantes cogueta	X			1		
Tapabocas	X			6.		
P. Auditivo.	X			1		
Monogafas	X			1	7/09/2021	Rigoberto Valencia
Guantes prensin	X			1	12/10/2021	Rigoberto Valencia

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dany Cadena. — CEDULA No. 3755811,39

CARGO: Refuerzo SST. — FIRMA: Dany Cadena.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Rigoberto Valencia

CEDULA No: 1585J6261

SOTARCO

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Omar Alcales	CEDULA:	1152222639
CARGO:	Mirero	OBRA:	Oficina Hatas 4 STP

N: Nuevo R: Reposición P: Pérdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes precaución		✓		1 Par	10-2021	✓ Alexis V.
Casco, tafilete, pipyo		✓		1 unidad	10-2021	✓ Alexis V.
Guantes precisión		✓		1 par	26-10-21	✓ Alexis V.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Davy Cadena	CEDULA No.	37591139
CARGO	SST	FIRMA	Davy Cadena

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓ Alexis Vivas

CEDULA No: ✓ 1152222639

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Juan Gonzalez.	CEDULA:	
CARGO:	Ayudante.	OBRA:	Ugeni Mutas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes vaqueta		✓		1 par.	20-10-2021	
Guantes pescon		✓		1 par	21-10-2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dally Cdona SST.	CEDULA No.	37591139.
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: ✓ 1128 421 122

SOTARQ SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Yeison David Ruiz — CEDULA: 1.193.233351

CARGO: Ayudante — OBRA: Urgencias Montajista

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas	✓			1	26-06-2021	
Tapaoidos	✓			1		
Tapabocas	✓			6		YEISON
Guante vaqueto	✓			1	19 07-021	
Monogafas oscuras	✓			1	10 08-021	YESIon
Monogafas claras	✓			1	11 08 2021	YESion
Proteccion Auditiva	✓			1	24/08/2021	YEiSho
Impermeable	✓			1	30/09/2021	YEiSon
Botas Caucho	✓			1	30/08/021	YESon
Chaleco Reflectivo	✓			1	06/09/2021	YESon
Guantes vaqueta	✓			1	10/09/2021	YESon
Guantes vaqueta	✓			1	15/09/2021	YEiSon
Protec auditiva copa	✓			1	15/09/2021	YEiSon
Guantes Vaqueta	✓			1	21/09/021	YEiSon
Guantes precision	✓			1	1/10/2021	YEISON

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Celia Cruz Correa — CEDULA No. 43573573

CARGO Profesional SST — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

x YISon — 1.193232354

CEDULA No:

ANEXO 3. CAPACITACIONES Y CHARLAS

SOTARCO - ALTAVISTA

SAS Ingenieros - Contratistas	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: Medellin Fecha: 21/10/21 Duración: 20 min

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Cuidado de las manos

OBJETIVO: Promover una cultura preventiva en el cuidado de las manos ya que son las herramientas mas valiosas para desempeñar nuestras Actividades.

EXPOSITOR: Carolina Morillo Cataño

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan Carlos Cano G	15.276.811	Minero SAX	
Yuri Alexander Ga	70.195.084	Psicol.	
Aurelio Echavarria	8.470.055	Auxiliar Tecnico	Aurelio
JUAN DARIO ESPINOSA	71590015	AYUDANTE	JUAN DEA
Brayan Posada	1.52.447.1	Ax de Transito Mayor	Brayan posada
Luna maria Restrepo	1128 27 Bue	Auxiliar de tramite	Luna maria Rp
Juan Velasquez. O	1018372425	oficial.	

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	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: Medellin Fecha: 5/6/11 Duración: 1 Hora

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Autocuidado

OBJETIVO: Incentivar a cada trabajador a adoptar conductas seguras en los ambientes laborales, para ser contribuir a la seguridad de todos

EXPOSITOR: Carolina Mejía

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Brayan Stiben Posada L	1.152.447.11	Auxiliar transito	Brayan Posada
Lina maria R posada	7728273xx	Auxiliar de transito	Lina maria R.
Hernan Alexander Chen R	70195087	Ayudante	Hernan Chen
eduardo eduardo ee	71705055	Auxiliar Team	eduardo
Omar Alexis Vinales G.	7152222639	minero	Alex V.
Juan Carlos Cano E	15965871	Minero Y AY	Juan Carlos Cano E
JUAN DARIO ESPINOSA.	71590075	AYUDANTE	JUAN DARIO E A

SAS Ingenieros - Contratistas	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: Medellín Fecha: 20/10/17 Duración: 20 minutos

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Retroalimentacion en el uso adecuado de EPP

OBJETIVO: Recordar la importancia que tienen los EPP para la prevencion de lesiones y accidentes laborales

EXPOSITOR: Claudia Milla C

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan Carlos Cano D.	15965871	Ventura AY	Juan C D
Ruberlio Alvarez A	71705056	Auxiliar Tra	Ruberlio
Juan Darío Espinosa	71590075	AYUDANTE	JUAN D E A
Brayan Loaiza Loaiz	1152447211	AX. de transito	Brayan
Lina María Restrepo	1128278418	Auxiliar de tránsito	Lina María R.
Dany Velásquez O	1018372423	oficial	

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	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

714

Ciudad: Medellin Fecha: 13/10/21 Duración: 1 Hora

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☑
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Socialización de Estandar de Seguridad Trabajo en Soldura

OBJETIVO: Dar Conocer las medidas preventivas para realizar correctamente los trabajos con soldadura, diligenciando los Permisos Pertinentes para el desarrollo de la actividad

EXPOSITOR: Carolina Murillo C

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Alberto Maestre	1140054[illegible]	Soldador	
Alexander Grajales M	15339953	Soldador	
Leonardo Grajales M	15339721	Soldador	
Delgado Londoño	1038802437	Soldador	
Fidel Correa	9[illegible]3161	Soldador	Fidel Correa
Carlos Echeverri O	1017[illegible]	Ayudante Soldador	
Jefe Imposición	1036[illegible]	Ayudante	

SOTARCO - SAP

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	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: Medellin. Duración: 2 horas

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO:

TEMA: Inspección de equipos altura por el proveedor. ISEIN y el fabricante ARMADURA

OBJETIVO: Hacer un recorrido por la obra para identificar fallos de riesgo presentes q puedan afectar los equipos de alturas.

EXPOSITOR: Victor vallejo - otorte Ramos

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
13/10/21	Victor Vallejo G	8032062	Asesor	ISEIN	
13/10/21	Marcela Fuentes	1038[illegible]68	SST Interven.	[illegible]	
13/10/21	Sara Hernández Pinedo	1036161749	Asesor Civil	[illegible]	
13/10/21	Daniela Ocampo T.	1152210230	Aux. Civil	Sotarco	
13/10/21	Oswaldo Doria	7052726	Asesor SST	ARMADURA	

CIVILES SAS Ingenieros - Constructores	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 Medellin Duración: 2 horas

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO:

TEMA: PRIMEROS AUXILIOS

OBJETIVO: Capacitar al personal en primeros auxilios, para que puedan estar preparados ante una emergencia.

EXPOSITOR: Diana velasquez –

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
27/10/2021	[illegible]	1128463085	Ayudante OF	Stc Carlos R	[illegible]
27/10/2021	Julian Zapata	1128463085			Julian Z.
27/10/2021	Gabriel Rodriguez	AYUDANTE	1078294679	CARAR	[illegible]
27/10/2021	Omar Vidales	1152222639	minero	Sotarco	[illegible]
27/10/2021	Ricardo Valencia	1037596261	oficial	Carlos R	Ricardo Valencia
27/10/2021	Eugenio Rivera	79.531.904	oficial	Carlos R.	[illegible]
27/10/2021	FRANCISCO	98668915	Oficio	carlos	FRANCISCO
27/10/2021	Yilmer Pastrana	1041535404	OFICIO	carlos	Yilmer
27/10/2021	OSCAR RR	1026555584	OFICIO	carlos	OSCAR R
27/10/2021	Daniel	1002830118	Oficio	carlos	Daniel
27/10/2021	Victor Rodriguez	1799699	[illegible]	carlos R	[illegible]
27/10/2021	[illegible]	1152208701	OFICIO		[illegible]
27/10/2021	[illegible]	4327605	Prof. Social	[illegible]	[illegible]
27/10/2021	Sebastián Betancur Pérez	1020442914	Auxiliar	Fac. Ing	[illegible]
27/10/2021	Diana C. Velasquez S.	1020947060	SOS. Ambiental	Sotarco	[illegible]
27/10/2021	DANIELA OCHOA T	1152210236	AUXILIAR CIVIL	SOTARCO	[illegible]

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	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 MEDELLIN SAP Duración: 15 MINUTOS

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: Charla.

TEMA: Mantenimiento de los elementos de trabajo seguro en alturas

OBJETIVO: Socializar con el personal la importancia de hacer un adecuado mantenimiento a los equipos de alturas para prolongar su vida util

EXPOSITOR: DARLY CADENA Darly Cadena CC:37581139.

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1/10/2021	DANIELA OCHOA	1152210236	AUX OBRA	SOTARCO	
1/10/2021	DARLY CADENA	37581139	RESIDENTE SST	SOTARCO	
1/10/2021	JUAN GUTIERREZ	1128421122	AYUDANTE	SOTARCO	
1/10/2021	GABRIEL COGOLLO	78755528	AUX VIAL	SOTARCO	
1/10/2021	YEISON GUTIERREZ	1128458220	AUX VIAL	SOTARCO	

SUTRACO SAS	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: Medellín Duracion: 30 min

INDUCCION ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCION ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO X OTRO: Charla

TEMA: Mantener la comunicación

OBJETIVO: Entender el mantener la comunicación con el fin de entender "El cliente es el centro de la pila" esto es muy importante para evitar accidentes.

EXPOSITOR: Dany Cadena / Daniela Ochoa

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
06/12	Jonathan Ruiz	1152421162	Ayudante	Sutraco	
06/12	Jhon Ruiz	1193231351	No x cual	Sutraco	Yeison
06/12	Gabel Cupillo	98750528	No x cual	Sutraco	
06/12	Daniver RR	1002930118	Pilero	Carlos	Daniver
06/12	Omar Vivas	1152222631	minero	Sutraco	

	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: Medellín Duración: 30 min

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☒ OTRO charla.

TEMA: Mantener la comunicación

OBJETIVO: Entender el mantener la comunicación con el trabajador antes, el al estar atento de la pilla es de alta importancia para estar seguros.

EXPOSITOR: Dary Cadena / Daniela Acosta CC 3[illegible]

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
09/10/21	Roberto Valencia	1553362671	ofal encargado	Calos R	[illegible]
08/10/21	Felipe Gomez	1000769259	pileto	Calos R	[illegible]
08/10/21	Eugenio Rueda	78031401	pileto	Calos R	[illegible]
08/10/21	Hilton Velquez	4799692	pileto	Calos R	[illegible]
08/10/21	Oscar Rascos	1026555817	pileto	Calos R	OSCAR RR
08/10/21	Daniver Rascos	1002930113	pileto	Calos R	DANIVER
09/10/21	Felix Palacio	73150807	pileto	Calos R	FELIX
08/10/21	SEBASTIAN NIAÑO	1017165540	Auxte.	CARLOS R.	Sebastian R

SOTARCO SAS	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 Medellin Duración: 30 minutos.

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: Charla

TEMA: Uso adecuado de las lineas de vida y freno en pilo.

OBJETIVO: Sensibilizar a personal sobre la importancia de estar siempre asegurados a la linea de vida con el freno ajustado de cada para este acceso de alturas.

EXPOSITOR: Daily Cadena CC: 37581139

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
13/10/2021	DANIELA OCHOA	1152210236	AUX OBRA	SOTARCO	
13/10/2021	DARLY CADENA	37581139	RESIDENTE SST	SOTARCO	
13/10/2021	JUAN GUTIERREZ	1128421122	AYUDANTE	SOTARCO	
13/10/2021	GABRIEL COGOLLO	78755528	AUX VIAL	SOTARCO	
13/10/2021	YEISON GUTIERREZ	1128458220	AUX VIAL	SOTARCO	
13/10/2021	OMAR VIDAL	1152222639	MINERO	SOTARCO	
13/10/21	Yeison Ruiz.	1193237351	Auxiliar	Sotarco	

	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: MEDELLIN SAP Duración:

INDUCCION ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: Charla:

TEMA: Uso adecuado de la linea de vida y freno en polea

OBJETIVO: Sensibilizar al personal sobre la importancia de estar sujetados a la linea de vida y al freno adecuados previo antes de subir.

EXPOSITOR: DARLY CADENA Darly Cadena CC: 3759139

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
13/10/2021	RIGOBERTO VALENCIA	15536261	OFICIAL	CARLOS R	
13/10/2021	EUGENIO RIVERO	78031901	PILERO	CARLOS R	
13/10/2021	SEBASTIAN MARIN	1017165540	AYUDANTE	CARLOS R	
13/10/2021	MILTON RODRIGUEZ	4799692	PILERO	CARLOS R	
13/10/2021	FELIX PALACIO	73150801	PILERO	CARLOS R	FELIX
13/10/2021	OSCAR RIASCOS	1026555817	PILERO	CARLOS R	OSCAR R
13/10/2021	DANIVER RIASCOS	1002930118	PILERO	CARLOS R	daniver R
13/10/2021	YILMER PESTAÑA	1041535429	PILERO	CARLOS R	
13/10/2021	FRANCISCO RODRIGUEZ	98668915	PILERO	CARLOS R	
13/10/21	Cesar Martinez Quintero	10897134	pilero	CARLOS R	

SOTARCO SAS	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 Medellin Duración: 15 min.

INDUCCIÓN [ ] CAPACITACION / CURSO / TALLER [ ]
REINDUCCIÓN [ ] DIVULGACION [ ]
ENTRENAMIENTO [X] OTRO: criollo

TEMA: Que es un espacio confinado.

OBJETIVO: Socializar con el personal el concepto de espacio confinado. y así se identifique los riesgos presentes en el E.C.

EXPOSITOR: [firma] Dolly Cardena CC: 37581139.

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
14/10/2021	DANIELA OCHOA	1152210236	AUX OBRA	SOTARCO	[firma]
14/10/2021	DARLY CADENA	37581139	RESIDENTE SST	SOTARCO	[firma]
14/10/2021	JUAN GUTIERREZ	1128421122	AYUDANTE	SOTARCO	[firma]
14/10/2021	GABRIEL COGOLLO	78755528	AUX VIAL	SOTARCO	G. Cogollo
14/10/2021	YEISON GUTIERREZ Ruiz	1128458220	AUX VIAL	SOTARCO	YEG 2017
14/10/2021	OMAR VIDALES	1152222639	MINERO	SOTARCO	[firma]

	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 MEDELLIN SAP Duración: 15 min

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☒ OTRO: Charla.

TEMA: Que es un espacion confelo.

OBJETIVO: Socializar con el personal el concepto de espacio confinado y identificar en el los riesgos presentes en el. E.C.

EXPOSITOR: Dally Cadena CC 37581129

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
14/10/2021	RIGOBERTO VALENCIA	15536261	OFICIAL	CARLOS R	
14/10/2021	EUGENIO RIVERO	78031901	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	SEBASTIAN MARIN	1017165540	AYUDANTE	CARLOS R	
14/10/2021	MILTON RODRIGUEZ	4799692	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	FELIX PALACIO	73150801	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	OSCAR RIASCOS	1026555817	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	DANIVER RIASCOS	1002930118	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	YILMER PESTAÑA	1041535429	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	FRANCISCO RODRIGUEZ	98668915	PILERO	CARLOS R	
14/10/2021	CESAR MARTINEZ	10887934	PILERO	CARLOS R	

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	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: Medellin. Duración: 30 minutos.

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☒
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: Charla.

TEMA: Reforzar el compromiso y deber de usar de forma adecuada los elementos de protección personal durante toda la jornada laboral. Sanción del Sistema de Medidas que será aplicado desde el día de hoy y sus caracteristicas.

OBJETIVO: Compromiso de uso adecuado de EPP.

EXPOSITOR: Daly Cadena cc: 37581134

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
21/10/21	Deison Ruiz	1143281357	Aux civil	Outlio	
21/10/21	Gabriel Cayollo	78755528	Aux civil	Outlio	
21/10/21	Juan Gutierrez	1128421122	Ayudante	Outlio	
21/10/21	Daniela Arroo	1152210236	Aux obra	Outlio	
21/10/21	Omar Adales	1152222634	Minero	Outlio	

	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: Medellin Duración: 30 min

INDUCCION ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO charla.

TEMA: Reforzar el compromiso y el deber de uso de forma adecuada los elementos de protección personal durante toda la jornada laboral / socialización del formato de memorando al cual será aplicado desde el día de hoy y sus consecuencias.

OBJETIVO: Compromiso de uso adecuado de epp.

EXPOSITOR: Daily Cadena CC: 37588139

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
21/10/21	Eugenio Pulgarin	78031901	Pilero	Colsok	
21/10/21	Cesar Martinez	10887934	Pilero	Colsok	CESAR
21/10/21	Felix Palacio	73150801	Pilero	Colsok	FELIX
21/10/21	Milton Rodriguez	4799692	Pilero	Colsok	
21/10/21	Oscar Rascos	1026555817	Pilero	Colsok	OSCAR
21/10/21	Daniel Rascos	1002930178	Pilero	Colsok	DANIELEX
21/10/21	Reinaldo Cadena	15536267	Oficial	Colsok	Reinaldo
21/10/21	Julian Zapata	1128403085	Oficial	Colsok	
21/10/21	DANIELEX Rascos	3178926145	Pilero	CARLOS	DANIELEX
21/10/21	OSCAR Rascos	1026555817	Pilero	CARLOS	OSCAR
21/10/21	Cesar Martinez	10887934	Pilero	Colsok	CESAR

	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: Medellin. Duración: 1 hora

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☐
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☒
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Entrenador de seguridad Martillo Demledor.

OBJETIVO: Dara conocer al personal los riesgos a los que expone cuando utiliza el martillo demledor, los EPP q debe usar, y la practica de autocuidado.

EXPOSITOR: Dally Cadera Nieto CC 1037581139

LISTADO DE ASISTENTES

FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
04-10-2021	Felipe Gomez.	1000969259	pilero	Calos R	Firma Autorizada
04-10-2021	Eugenio Rivero	78031901	pilero	Calos R	
04-10-2021	Milton Rodriguez.	4799692	pilero	Calos R	
04-10-2021	Felix Palacio	73150807	pilero	Calos R	FELIX PALACIO
04-10-2021	Oscar Picalos	1026555811	pilero	Calos R	OSCAR
04-10-2021	Danver Picalos	1002930778	pilero	Calos R	DANIVER
11-10-2021	Yimer Pestana	1041535429	pilero	Calos R	Yilmer
11-10-2021	Francisco Rodriguez	9866 8915	pilero	Calos R	FRANCISCO.
13-10-2021	Cesar Martinez.	1088 7934	pilero	Calos R.	Cesar