CONTRATO DE OBRA No. 305 DE 2022

OBJETO: **"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LAS INSTALACIONES DE LA JAL Y DE LA ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C."**

CONTRATISTA: CONSORCIO INGENIERIA XI
NIT: 901.633.648-7



INFORME MENSUAL DE OBRA No. 01

(DEL 18 DE OCTUBRE AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2022)

Elaborado por:	Validado por:	Aprobado por:
LUIS CARLOS MOROS OTERO Director de Obra CONSORCIO INGENIERIA XI	**JAIME HERRERA OSORIO** Representante Legal CONSORCIO INGENIERIA XI	**JORGE L. GAMARRA H.** Residente de Interventoría. G&G INGENIEROS SAS

TABLA DE CONTENIDO

		Pág
1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO	4
3.	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO.	4
4.	REGISTRO FOTOGRÁFICO.	6
5.	ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EJECUCIÓN DE OBRA.	11
6.	FOTOCOPIA DE LA BITÁCORA O LIBRO DE OBRA.	12
7.	RELACIÓN DEL PERSONAL EMPLEADO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA.	12
8.	PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	13
9.	INFORME DE MANEJO AMBIENTAL.	14
9.1	MANEJO DE CAMPAMENTO Y CENTRO DE ACOPIO	14
9.2	MANEJO DE CERRAMIENTO PERIMETRAL	15
9.3	MANEJO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN Y CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS	16
9.4	MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	17
9.5	MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHÍCULOS	18
9.6	MANEJO INTEGRAL DE CUERPOS DE AGUA	18
9.7	MANEJO DE LA VEGETACIÓN Y DEL PAISAJE	18
10.	INFORME DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.	19

ANEXOS

ANEXO No. 1: PROGRAMA DE TRABAJO E INVERSIONES

ANEXO No. 2: COPIA DE LA BITACORA DE OBRA

ANEXO No. 3: CERTIFICADO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Y PLANILLAS DE APORTES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.
SOPORTES AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES DE OBRA

ANEXO No. 4: REGISTROS DE ENTREGA DE EPPs Y DE INSPECCIONES PLANEADAS DE SEGURIDAD

1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe mensual se realiza dentro de la ejecución del Contrato No. 305 de 2022 suscrito entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA** y el **CONSORCIO INGENIERÍA XI**, cuyas generalidades son las siguientes:

CONTRATO DE OBRA No.	:	**305 DE 2022**
CONTRATISTA	:	CONSORCIO INGENIERÍA XI
OBJETO	:	**EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LAS INSTALACIONES DE LA JAL Y DE LA ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C."**
PLAZO	:	Cuatro (4) Meses
VALOR	:	$ 369´582.436,00
FECHA DE INICIACIÓN	:	18 de Octubre de 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	:	17 de Febrero de 2023
REPRESENTANTE LEGAL	:	Ing. JAIME HERRERA OSORIO

La interventoría de las obras de construcción será ejecutada mediante el siguiente Contrato:

CONTRATO No.	:	324 de 2022
CONTRATISTA	:	G&G INGENIEROS SAS
OBJETO	:	**REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA QUE TENDRA POR OBJETO "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO Y/O REPARACIONES LOCATIVAS DE LAS INSTALACIONES DE LA JAL Y DE LA ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C."**
VALOR	:	$ 14´705,000.00
REPRESENTANTE LEGAL	:	MICHAEL GAMARRA TORRES.

El Apoyo a la Supervisión del contrato por parte de la Alcaldía Local de Puente Aranda está a cargo del Arquitecto FREDY ARMANDO MARTIN

2. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto se desarrolla directamente en las instalaciones de la Alcaldía Local de Puente Aranda ubicada en la Carrera 31D No. 4-05 de Bogotá D.C.

El propósito básico del proyecto es realizar las obras de mantenimiento y reparaciones locativas tanto del edificio de la Alcaldía Local, como del edificio de la Junta Administradora Local (JAL) y de las áreas libres ubicadas dentro del lote perteneciente a la alcaldía. No se contempla la construcción de obras nuevas y por tanto no se requiere Licencia de Construcción.

El dieciocho (18) de Octubre de 2022 se firmó el Acta de Inicio con un plazo o duración de cuatro (4) meses.

El presente informe contempla la ejecución de las obras durante el primer mes de ejecución del contrato, es decir el periodo desde el 18 de Octubre hasta el 17 de Noviembre de 2022

3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO.

De acuerdo con la programación de obra presentada a la Interventoría el día 21 de octubre, se adelantó la ejecución de actividades preliminares, retiros y desmontes, mantenimiento de las cubiertas, instalaciones hidrosanitarias, mejoramiento de la red contraincendios y tanques de almacenamiento de agua potable, instalaciones eléctricas, pañetes, enchape de pisos y muros, pinturas, cambio de cielo rasos, carpintería metálica e instalación de aparatos sanitarios contempladas en el contrato.

El Contratista en el presente periodo realizó las siguientes actividades de obra:

- ✓ Construcción y adecuación de Campamento y bodega de almacenamiento con madera y teja de zinc, en el espacio señalado por la Alcaldía ubicado en el parqueadero de motocicletas.
- ✓ Cerramiento o aislamiento de las áreas de trabajo mediante lona verde de 2 m de altura.
- ✓ Retiro de mantos asfálticos deteriorados en las vigas canales de la cubierta de los edificios de la JAL y la Alcaldía.
- ✓ Mantenimiento de las cubiertas identificando y reemplazando tejas rotas.
- ✓ Desmonte y retiro de mallas eslabonadas que cubrían las ventanas del edificio de la JAL.
- ✓ Desmonte parcial de cielo raso en fibrocemento en áreas del tercer piso y baños de la JAL. Se retiraron para su cambio dado el mal estado en que se encontraron.
- ✓ Desmonte y retiro de lámparas y tubos fluorescentes dado su mal funcionamiento y alto consumo de energía eléctrica.
- ✓ Desmonte de bajantes deterioradas, rotas y taponadas

- ✓ Demolición de baño de recepción de la Alcaldía incluyendo demolición de pisos, red hidrosanitaria, enchapes y el retiro de divisiones existentes.
- ✓ Desmonte y retiro de aparatos sanitarios y lavamanos
- ✓ Desmonte y posterior reinstalación de sillas de las graderías de la JAL.
- ✓ Retiro de alfombra en las graderías de la JAL.
- ✓ Impermeabilización de las vigas canales en las cubiertas de la Alcaldía y JAL utilizando manto asfaltico con foil de aluminio y masilla asfáltica acrílica en los tramos de difícil acceso. Previamente se les hizo limpieza y aplicación de mortero para afinado y pendientado.
- ✓ Excavación manual en material común para cjas de inspección y tuberías sanitarias en baño de recepción de la Alcaldía.
- ✓ Instalación de red hidráulica y sanitaria para el nuevo baño de recepción de la Alcaldía, incluyendo los nuevos puntos sanitarios e hidráulicos.
- ✓ Reparaciones sanitarias e hidráulicas sobre las redes existentes
- ✓ Mantenimiento del equipo de bombeo contraincedios (BCI).
- ✓ Retiro de tablero eléctrico de las BCI e instalación de uno nuevo junto con su red eléctrica.
- ✓ Instalación de nueva iluminación en el edificio de la JAL empleando lámparas led de 60x60 cm ahorradoras.
- ✓ Instalación de piso en porcelanato y gravilla lavada en las graderías de la JAL.
- ✓ Instalación de piso en porcelanato en el nuevo baño de recepción.
- ✓ Pañetes en los muros del baño de recepción y en muro ubicado en la cubierta de la JAL
- ✓ Instalación de enchape en cerámica en los muros del nuevo baño de recepción y en muros de los baños en cada piso de la JAL.
- ✓ Construcción de mesón en concreto y granito para los lavamanos del nuevo baño de recepción.
- ✓ Instalación de sanitarios y lavamanos en el nuevo baño de recepción con su correspondiente grifería de push.
- ✓ Instalación de protectores de papel higiénico y dispensadores de jabón en el nuevo baño de recepción.
- ✓ Instalación de cielo raso nuevo conformado por estructura en aluminio y láminas de superboard de 6mm en los baños de la JAL
- ✓ Mantenimiento y reforzamiento de la estructura de soporte del cielo raso del pasillo del tercer piso de la JAL
- ✓ Aplicación de pinturas en vinilo tipo 1 en muros y techos del edificio de la JAL
- ✓ Aplicación de anticorrosivo y pintura en esmalte en el cerramiento perimetral del lote de la Alcaldía. Previamente se le hizo mantenimiento aplicando soldaduras y cambiando tramos en mal estado.
- ✓ Retiro e instalación de una nueva puerta reja metálica en la entrada vehicular a las instalaciones de la Alcaldía.
- ✓ Retiro e instalación de un tramo de cerramiento perimetral a un costado del templo vecino, por donde se ingresa a la planta eléctrica de la Alcaldía.
- ✓ Suministro e instalación de 3 cicloparqueaderos para uso de los funcionarios de la Alcaldía.
- ✓

4. REGISTRO FOTOGRÁFICO.

A continuación, se presenta un registro fotográfico de las actividades adelantadas en la obra:

FOTOGRAFÍA No. 1	FOTOGRAFÍA No. 2
	
Estado inicial de las cubiertas	

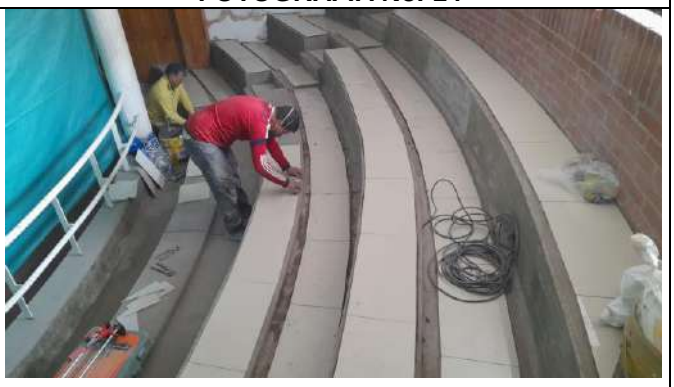
FOTOGRAFÍA No. 3	FOTOGRAFÍA No. 4
	
Equipo de presión de agua existente en la cubierta de la JAL pero inservible	

FOTOGRAFÍA No. 5	FOTOGRAFÍA No. 6
	
Demolición de placa de piso y enchapes en muro en el baño de recepción	

FOTOGRAFÍA No. 7	FOTOGRAFÍA No. 8
	
Excavación, demolición de caja de inspección y retiro de tuberías existentes	

FOTOGRAFÍA No. 9	FOTOGRAFÍA No. 10
	
Instalación de red de tubería y puntos hidráulicos y sanitarios	

FOTOGRAFÍA No. 11	FOTOGRAFÍA No. 12
	
Instalación de red de desagües y caja de inspección en nuevo baño de recepción	

FOTOGRAFÍA No. 13	FOTOGRAFÍA No. 14
	
Retiro de tapete, alistado de piso e instalación de enchape en graderías de la JAL	

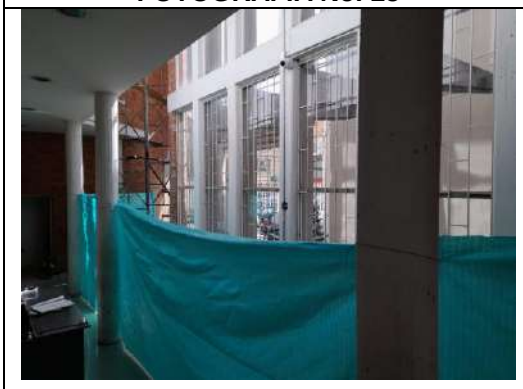
FOTOGRAFÍA No. 15	FOTOGRAFÍA No. 16
	
Limpieza de vigas canales en edificio de la Alcaldía	

FOTOGRAFÍA No. 17	FOTOGRAFÍA No. 18
	
Retiro de tejas de barro e impermeabilización de vigas canales	

FOTOGRAFÍA No. 19	FOTOGRAFÍA No. 20
	
Colocación de manto asfáltico en vigas canales	Pintura en esmalte de reja de cerramiento

FOTOGRAFÍA No. 21	FOTOGRAFÍA No. 22
	
Estado inicial de cielo raso en baños de la JAL	

FOTOGRAFÍA No. 23	FOTOGRAFÍA No. 24
	
Instalación de nuevo cielo raso en superboard 6mm en baños de la JAL	

FOTOGRAFÍA No. 25	FOTOGRAFÍA No. 26
	
Aislamiento con lona verde de las áreas intervenidas en la JAL	

FOTOGRAFÍA No. 27	FOTOGRAFÍA No. 28
	
Retiro de aparatos sanitarios y lavamanos	Pañetes en nuevo baño de recepción

FOTOGRAFÍA No. 29	FOTOGRAFÍA No. 30
	
Instalación de cielo raso en superboard en pasillo JAL	

FOTOGRAFÍA No. 31	FOTOGRAFÍA No. 32	FOTOGRAFÍA No. 33
		
Enchape en cerámica de muros de baños de la JAL		

FOTOGRAFÍA No. 34	FOTOGRAFÍA No. 35
	
Instalación de nueva puerta vehicular y reja de cerramiento al lado del templo vecino	

5. ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE EJECUCIÓN DE OBRA.

En el Anexo No. 1 se presenta el Programa de Trabajo e Inversión de las Obras donde se identifican las actividades a ejecutar en el primer periodo del plazo contractual, con la respectiva duración y fechas de inicio desde el 18 de Octubre de 2022 y de terminación al 17 de febrero de 2022, con el fin de realizar el seguimiento y respectivo control de avance de la obra.

El Consorcio Ingeniería XI ejecutó las actividades de los capítulos de la programación inicial de obra, que permite comparar el avance real vs. el avance programado con el propósito de establecer la secuencia constructiva y los plazos estimados de cada uno de los componentes de la obra, las desviaciones del proyecto y tomar acciones correctivas oportunas.

Los días 10 y 11 de Noviembre se aprobaron una serie de Análisis de Precios Unitarios de actividades no previstas inicialmente. Se llevó a cabo el procedimiento establecido en el contrato para estos casos dando como resultado el Acta de Mayores y Menores Cantidades de Obra No. 01. No obstante la inclusión de las nuevas cantidades a los precios no previstos no se tuvo que hacer una adición presupuestal, sino que se balanceó el contrato de tal manera que el valor es el mismo.

Dado que al hacer dicha acta se integran nuevas actividades de obra, el Consorcio Ingeniería XI preparó una actualización del Programa de Trabajo e Inversiones la cual se presenta en el Anexo No. 1

De conformidad con el Acta de Recibo Parcial de Obra No. 01 correspondiente al período del 18 de octubre al 17 de noviembre de 2022, el avance ejecutado es del 40.70% y el valor programado actualizado es del 28.71% lo que indica que se presenta un adelanto en la ejecución de los trabajos equivalente al 11.99% lo que indica que de mantenerse esa tendencia, probablemente el contrato pueda ser terminado antes del plazo contractual.

6. FOTOCOPIA DE LA BITÁCORA O LIBRO DE OBRA.

En el presente informe se anexa una copia de la bitácora de obra, donde se registra el avance de las actividades realizadas en obra por el Consorcio Ingeniería XI, avaladas por la Interventoría del Contrato. Ver Anexo No. 2: "Copia de la Bitácora de Obra".

7. RELACIÓN DEL PERSONAL EMPLEADO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA.

El Consorcio Ingeniería XI cuenta con el siguiente personal para la ejecución del proyecto:

Tabla No.2: Personal Administrativo del Contratista de obra

CARGO	NOMBRE
Representante Legal Contratista	Ing. Jaime Herrera Osorio
Director y Residente de Obra	Ing. Luis Carlos Moros Otero
Profesional de Apoyo	Arq, Brayan Acosta Ladino
Profesional Ambiental de Apoyo	Ing. David Lozada
Supervisor SISO	Olga Yamile Rozo Pinto
Maestro de Obra	Daniel Fernando Gualteros Rodríguez

Tabla No.3: Personal de obra del Contratista de obra:

No. DE PERSONAS	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PERIODO COMRENDIDO ENTRE 18 DE OCTUBRE Y 17 DE NOVIEMBRE																																Dedicación
				OCTUBRE														NOVIEMBRE																			
				18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
				M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	
PERSONAL MINIMO																																				
1	OFICIAL DE OBRA	JORGE HERNAN TORRES MAZURCO	79.769.207	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	OSCAR VALBUENA	1.022.933.529	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	JOSE NOE PEREZ GUATAQUI	79.500.142	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	RAMIRO BARRAGAN FARFAN	80.793.468	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	AYUDANTE DE OBRA	NELSON STIVEN BENAVIDES VANEGAS	1.000.992.231							1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	WILDER PALOMINO ACOSTA	1.002.100.264							1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	JORGE ARMANDO GARNICA HERNANDEZ	1.1121.908.650							1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	NESTOR ALEXANDER HUERTAS ROA	80.143.842									1	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	AYUDANTE DE OBRA	JHONATHAN STEVE TOVAR	1.023.028.635														1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	OWER SALAS ROMERO	19.897.339														1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	WALTHER CHIMBI BARATO	80.800.574															1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1		100%
1	AYUDANTE	YEISON ESTIVEN MUÑOZ	1,007,105,527																							1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	JOSE ESTERLING HERRERA BARONA	19,259,774																							1	1	1	1			1	1	1		100%
1	OFICIAL DE OBRA	JULIO CESAR CONDE GARZON	19,258,010																							1	1	1	1			1	1	1		100%

8. PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

En el Anexo No. 3 se presenta la certificación de pago de la seguridad social y parafiscales del Consorcio Ingeniería XI y se adjuntan las planillas de pago de los aportes correspondientes al personal administrativo.

En el mismo Anexo No. 3 se presenta el soporte de las afiliaciones a seguridad social de los trabajadores de la obra.

9. INFORME DE MANEJO AMBIENTAL.

Las actividades desarrolladas en el período del 18 de octubre al 17 de noviembre de 2022 fueron las siguientes:

9.1 Manejo de campamento y centro de acopio

Dentro de las medidas implementadas por el Consorcio Ingeniería XI se cuentan las siguientes:

- ✓ Se construyó un pequeño campamento y bodega de materiales utilizando madera y tejas de zinc en un espacio autorizado por la Alcaldía Local ubicado en el parqueadero de motos. Así mismo se tiene una bodega adicional en un espacio cedido por la JAL.
- ✓ En el campamento se dispone de un sitio para que los trabajadores de cambien de ropa.
- ✓ Aledaño al campamento se tiene acceso a un baño dotado de sanitario y lavamanos al cual se le hace aseo diariamente.
- ✓ Para el manejo de residuos sólidos se cuenta con canecas que permanecen tapadas.
- ✓ En la bodega de almacenamiento se diferencian los diversos tipos de materiales.
- ✓ Se cuenta con los elementos necesarios para atención de una emergencia.

FOTOGRAFÍA No. 36	FOTOGRAFÍA No. 37
	
Campamento en tabla y teja de zinc	Almacenamiento de materiales

FOTOGRAFÍA No. 38	FOTOGRAFIA No. 39
	
Baño con sanitario y lavamanos a disposición de los trabajadores de obra	

FOTOGRAFÍA No. 40

Oficina en la JAL para reuniones de obra

9.2 Manejo de cerramiento perimetral

Se realizó el cerramiento perimetral provisional del área de trabajo utilizando lona verde, con el fin de evitar el ingreso de personal ajeno área de obra.

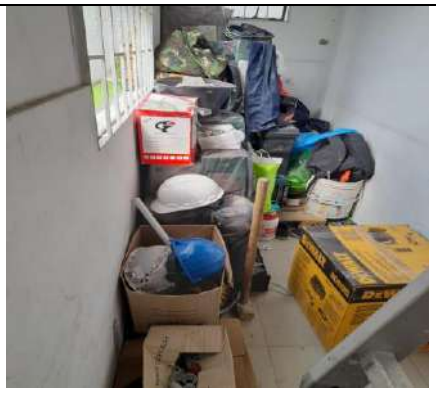
FOTOGRAFÍA No. 41	FOTOGRAFÍA No. 42
	
Cerramiento perimetral para aislamiento de los sitios de trabajo	

9.3 Manejo de Materiales de Construcción y control de Emisiones Atmosféricas

Para controlar los efectos ambientales ocasionados por el manejo de agregados pétreos y demás materiales de construcción, el Consorcio Ingeniería XI implementó las siguientes medidas de manejo:

- ✓ Todos los materiales granulares (arena y gravilla) permanecen debidamente cubiertos y señalizados.
- ✓ El material sobrante de excavación y los escombros se almacenan temporalmente y permanecen aislados y debidamente cubiertos para su disposición final.
- ✓ La bodega de almacenamiento de materiales y herramientas se mantiene limpia y ordenada

FOTOGRAFÍA No. 43	FOTOGRAFÍA No. 44
	
Materiales granulares debidamente cubiertos y señalizados	

FOTOGRAFÍA No. 45

Materiales y herramientas en bodega

9.4 Manejo integral de residuos sólidos

Dentro de las actividades ejecutadas hasta la fecha, los residuos de construcción, excavación y escombros son manejados en lonas dentro del campamento de obra para ser entregados al vehículo debidamente autorizado encargado de su recolección.

Los materiales sobrantes reciclables se entregan a una empresa debidamente autorizada de conformidad con el Plan de Manejo Ambiental de RCD presentado al iniciar el proyecto.

Al finalizar cada jornada de trabajo se realiza una limpieza general. Así mismo cada vez que se requiera o que lo solicite la interventoría o la supervisión, se recogen desperdicios, basuras o elementos extraños presentes en el área de obra.

FOTOGRAFÍA No. 46	FOTOGRAFÍA No. 47
	
Limpieza general al finalizar jornada de trabajo	

9.5 Manejo de maquinaria, equipos y vehículos

El Consorcio Ingeniería XI implementó las siguientes medidas de manejo en la obra

- ✓ No se realiza mantenimiento ni lavado de equipos o vehículos dentro de la obra.
- ✓ No se almacenan ni manejan combustibles dentro de la obra.
- ✓ Los equipos y herramientas utilizados tales como compresor o pulidora se encuentran en buen estado para evitar emisiones atmosféricas excesivas.

FOTOGRAFÍA No. 48



Compresor utilizado en la pintura del cerramiento.

9.6 Manejo integral de Cuerpos de Agua

Dentro de las actividades ejecutadas y a ejecutar no se presentan vertimientos de aceites usados ni residuos líquidos contaminantes a la red de alcantarillado.

9.7 Manejo de la Vegetación y del Paisaje

Dentro del área comprendida para la ejecución de las obras no se encuentran especies arbóreas ni arbustivas.

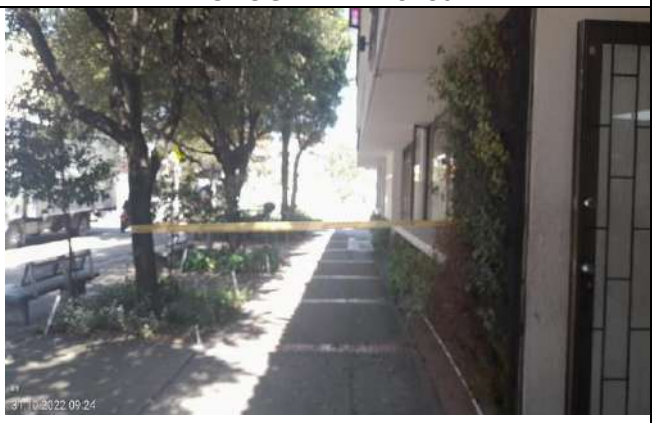
Dado que dentro del lote de la Alcaldía hay un pequeño jardín y un árbol de la especie araucaria, en el momento que se llegue a intervenir la zona aledaña se tomarán e implementarán las medidas de manejo para la vegetación y por ende para las especies de avifauna que puedan existir

.

10. INFORME DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.

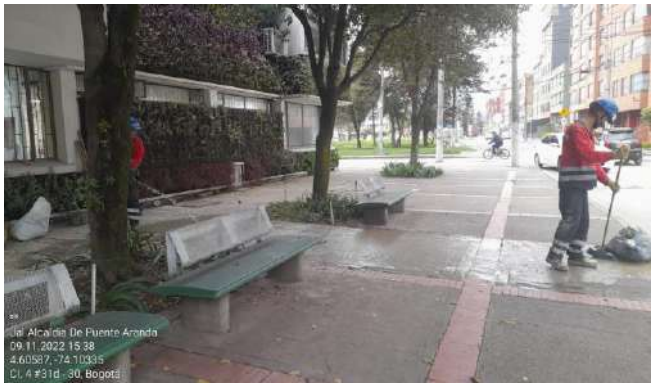
Durante el periodo comprendido entre el 18 de octubre y el 17 de noviembre de 2022 el Consorcio Ingeniería XI adelantó las siguientes actividades relacionadas con la seguridad industrial de los trabajadores de la obra, en cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SGSST) de conformidad con las normas vigentes:

- ✓ Acompañamiento permanente de un tecnólogo SISO para supervisar las actividades riesgosas.
- ✓ Creación, publicación y socialización de la Política de Salud Ocupacional y del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- ✓ Afiliación de los trabajadores al sistema de salud y riesgos laborales.
- ✓ Identificación y socialización de los factores de riesgo existentes en el desarrollo de las obras.
- ✓ Elaboración y socialización del plan de atención de emergencias
- ✓ Se dotó al personal de los elementos de protección personal necesarios (overol, casco de seguridad, botas de caucho, guantes de carnaza) y se controla su uso permanente. Ver Anexo No. 4
- ✓ La obra se encuentra debidamente demarcada y señalizada
- ✓ No se han presentado incidentes ni accidentes en la obra.
- ✓ Se realizan pausas activas dirigidas por el tecnólogo SISO
- ✓ Se han realizado las inspecciones planeadas de herramientas, equipos y orden y aseo contempladas en el plan inicial. Ver Anexo No. 4

FOTOGRAFÍA No. 49	**FOTOGRAFÍA No. 50**
	
Demarcación y señalización del sitio de la obra	

FOTOGRAFÍA No. 51	**FOTOGRAFÍA No. 52**
	
Socialización y capacitación a los trabajadores	Dotación de los EPPs necesarios

FOTOGRAFÍA No. 53	**FOTOGRAFÍA No. 54**
	
Pausas activas a los trabajadores	Socialización de la Política de Salud Ocupacional y del Reglamento de Higiene y seguridad Industrial.

FOTOGRAFÍA No. 55	**FOTOGRAFÍA No. 56**
	
Jornada de orden y aseo	Elementos para atención de emergencias

ANEXO No. 1

PROGRAMA DE TRABAJO E INVERSION

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

CRONOGRAMA Y PROGRAMA DE INVERSIONES

CONTRATO DE OBRA No. : **305 DE 2022**
OBJETO: **CONSTRUCCION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO CRECER "CALANDAIMA"**
CONTRATISTA: **CONSORCIO INGENIERIA XI**
INTERVENTORIA: **G&G INGENIEROS SAS**

PLAZO INICIAL: **CUATRO (4.0) MESES**
FECHA INICIO: **OCTUBRE 18 DE 2022**
VALOR FINAL DEL CONTRATO DE OBRA: **$369´582,436**

PLAZO ADICIONAL:
FECHA TERMINACION: **FEBRERO 17 2023**

CAPITULOS	VALOR CONTRATADO (COSTO DIRECTO)	% SOBRE VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO SOBRE VALOR CONTRATADO	PLAZO DE EJECUCION
					OCTUBRE: 1, 2 · NOVIEMBRE: 3, 4, 5, 6, 7 · DICIEMBRE: 8, 9, 10, 11 · ENERO: 12, 13, 14, 15 · FEBRERO: 16, 17, 18
1.- PRELIMINARES		**1.16%**		**0.75%**	
1.1 CAMPAMENTO EN MADERA CUBIERTA EN TEJA DE ZINC	$ 241,678	0.09%	$ 241,679	0.09%	0.09% · 0.09%
1.2 CERRAMIENTO EN POLISOMBRA ZONA DE TRABAJO, CINTAS DE ADVERTENCIA Y SEÑALES DE PELIGRO	$ 3,049,514	1.08%	$ 1,884,370	0.67%	0.09% · 0.17% · 0.09% · 0.17% · 0.06% · 0.16% · 0.06% · 0.16% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06% · 0.06%
2.- RETIROS, DESMONTES Y DEMOLICIONES		**5.92%**		**3.92%**	
2.1 RETIRO DE DE MANTO ASFALTICO VIGAS CANALES, incluye retiro de sobrantes	$ 4,908,454	1.73%	$ 4,908,454	1.73%	0.86% · 0.87% · 0.86% · 0.87%
2.2 DESMONTE MALLAS ESLABONADAS VENTANAS EDIFICIO JAL	$ 331,207	0.12%	$ 331,207	0.12%	0.04% · 0.04% · 0.04% · 0.06% · 0.06%
2.3 DESMONTE CIELO RASO DRY WALL	$ 1,310,001	0.46%	$ 530,612	0.19%	0.23% · 0.23% · 0.10% · 0.09%
2.4 DESMONTE TUBOS FLUORESCENTES DE LAMPARAS 60 x 60	$ 1,339,104	0.47%	$ 482,560	0.17%	0.23% · 0.24% · 0.17%
2.5 DESMONTE BAJANTES PVC 3"	$ 783,475	0.28%	$ 783,475	0.28%	0.10% · 0.18% · 0.28%
2.6 MANTENIMIENTO DE CUBIERTA	$ 1,041,238	0.37%	$ 1,041,238	0.37%	0.12% · 0.12% · 0.13% · 0.09% · 0.09% · 0.09% · 0.10%
2.7 DESMONTE, DESCONEXIÓN Y RECONEXIÓN DE APARATOS	$ 491,496	0.17%	$ 491,496	0.17%	0.17% · 0.17%
2.8 DESMONTES DIVISIONES OFICINA	$ 414,736	0.15%	$ 393,999	0.14%	0.08% · 0.07% · 0.14%
2.9 DESMONTE DE MUEBLES EN MADERAS EXISTENTES ALTOS Y BAJOS EN MADERA	$ 0	0.00%		0.00%	
2.10 DESMONTE ALFOMBRA TAPETE	$ 334,630	0.12%	$ 334,630	0.12%	0.12% · 0.12%
2.11 DESMONTE SILLAS GRADERIAS JAL CON ANCLAJE	$ 212,951	0.08%	$ 212,951	0.08%	0.08% · 0.08%
2.12 INSTALACIÓN DE SILLA PERNADA A PISO	$ 823,195	0.29%	$ 823,195	0.29%	0.29% · 0.29%
2.13 DEMOLICION PISO BAÑO RECEPCIÓN	$ 423,540	0.15%	$ 423,540	0.15%	0.15% · 0.15%
2.14 DEMOLICION PLACA CONTRAPISO EN CONCRETO	$ 92,918	0.03%	$ 92,918	0.03%	0.03% · 0.03%
2.15 DEMOLICIÓN ENCHAPE MURO	$ 231,249	0.08%	$ 231,249	0.08%	0.08% · 0.08%
2.16 DEMOLICIÓN MURO	$ 0	0.00%		0.00%	
2.17 DEMOLICIÓN ADOQUÍN DE ARCILLA 25X12X5CM	$ 4,018,313	1.42%		0.00%	0.47% · 0.47% · 0.48%
3.- EXCAVACIONES Y RELLENOS		**3.51%**		**0.05%**	
3.1 EXCAVACION MANUAL EN RECEBO COMPACTADO	$ 3,208,464	1.13%		0.00%	1.13%
3.2 RELLENO SUBBASE GRANULAR	$ 5,554,178	1.96%		0.00%	1.96%
3.3 RELLENO SUBBASE GRANULAR	$ 1,174,920	0.42%	$ 140,990	0.05%	0.42% · 0.05%
4.- CONCRETOS		**1.07%**		**0.00%**	
4.1 ZAPATA EN CONCRETO 3000 PSI (INCLUYE FORMALETA, VIBRADO. NO INCLUYE ACERO)	$ 0	0.00%		0.00%	
4.2 COLUMNA CONCRETO 3000 PSI	$ 0	0.00%		0.00%	
4.3 PLACA ENTREPISO CONCRETO 3000 PSI	$ 0	0.00%		0.00%	
4.4 VIGA CINTA DE AMARRE MURO 3000 PSI	$ 0	0.00%		0.00%	
4.5 ACERO 60.000 PSI	$ 3,014,367	1.07%		0.00%	0.53% · 0.54%
5.- INSTALACIONES SANITARIAS		**2.04%**		**0.81%**	
5.1 TUBERIA PVC SANITARIA DE 2"	$ 422,582	0.15%	$ 422,582	0.15%	0.15% · 0.15%
5.2 TUBERIA PVC SANITARIA DE 4"	$ 464,830	0.16%	$ 464,830	0.16%	0.16% · 0.16%
5.3 PUNTO DESAGUE PVC Ø 2"	$ 496,224	0.18%	$ 434,196	0.15%	0.18% · 0.15%
5.4 PUNTO DESAGUE PVC Ø 4"	$ 256,614	0.09%	$ 256,614	0.09%	0.09% · 0.09%
5.5 PUNTO DESAGUE PVC Ø 4"	$ 41,824	0.01%	$ 41,824	0.01%	0.01% · 0.01%
5.6 REPARACIONES SANITARIAS EN 2"	$ 34,062	0.01%	$ 34,062	0.01%	0.01% · 0.01%
5.7 REPARACIONES TUBERIA PVC SANITARIA DE 4"	$ 0	0.00%		0.00%	
5.8 CAJA INSPECCION 60 x 60 EN MAMPOSTERIA	$ 3,208,810	1.13%	$ 641,762	0.23%	1.13% · 0.25%
5.9 TRAMPA DE GRASAS-ACEITES CONCRETO 2.000 PSI 0.80 x 0.80 m. h=1.00 m	$ 852,827	0.30%		0.00%	0.30%

CAPITULOS	VALOR CONTRATADO (COSTO DIRECTO)	% SOBRE VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO SOBRE VALOR CONTRATADO	PLAZO DE EJECUCION
					OCTUBRE: 1, 2 · NOVIEMBRE: 3, 4, 5, 6, 7 · DICIEMBRE: 8, 9, 10, 11 · ENERO: 12, 13, 14, 15 · FEBRERO: 16, 17, 18
6.- INSTALACIONES HIDRAULICAS		**1.64%**		**0.26%**	
6.1 SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP RDE 9 DE 1/2" INCLUYE ACCESORIOS	$ 331,842	0.12%	$ 134,317	0.05%	0.12% · 0.05%
6.2 REPARACIONES HIDRÁULICAS PVC DE 1/2" - 3/4" Y 1"	$ 104,700	0.04%	$ 69,800	0.02%	0.04% · 0.02%
6.3 ANULACION DE PUNTOS SANITARIOS	$ 40,056	0.01%	$ 40,056	0.01%	0.01% · 0.01%
6.4 PUNTO AGUA FRIA PVC 1/2"	$ 556,259	0.20%	$ 505,690	0.18%	0.20% · 0.18%
6.5 REPARACIONES TUBERIA PVC SANITARIA DE 4"	$ 0	0.00%		0.00%	
6.6 REVISIÓN TANQUE ELEVADOS PLASTICOS 500 lt	$ 0	0.00%		0.00%	
6.7 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TANQUE AGUA POTABLE PLASTICO CAP. 2.000 lts	$ 3,441,219	1.22%		0.00%	1.22%
6.8 VALVULA TIPO BOLA ϕ 1/2"	$ 106,296	0.04%		0.00%	0.04%
6.9 VALVULA TIPO BOLA ϕ 1"	$ 66,742	0.02%		0.00%	0.02%
7.- ELECTROBOMBAS RED CONTRA INCENDIOS Y ALMACENAMIENTO AGUA POTABLE		**3.57%**		**2.87%**	
7.1 REVISIÓN ELECTROBOMBAS CENTRÍFUGAS DE 25 HP Y 5 HP	$ 1,484,371	0.52%	$ 1,484,371	0.52%	0.17% · 0.17% · 0.18% · 0.52%
7.2 TABLERO ELECTRICO BOMBA LIDER RED CONTRA INCENDIO	$ 3,760,407	1.33%	$ 3,760,407	1.33%	0.44% · 0.44% · 0.45% · 1.34%
7.3 TABLERO ELECTRICO BOMBA JOCKEY RED CONTRA INCENDIO	$ 890,623	0.31%	$ 890,623	0.31%	0.10% · 0.10% · 0.11% · 0.31%
7.4 INSTALACIÓN ELÉCTRICA TABLERO A MOTORES CON TUBERÍA IMC Y CABLEADO AWG	$ 593,749	0.21%	$ 593,749	0.21%	0.07% · 0.07% · 0.07% · 0.21%
7.5 VERIFICACIÓN ESTADO DE LA TUBERÍA DE VALVULAS DE PIE	$ 593,749	0.21%	$ 593,749	0.21%	0.10% · 0.11% · 0.21%
7.6 PRUEBA DE PITOMETRIA O RENDIMIENTO HIDRAULICO	$ 1,979,162	0.70%		0.00%	0.35% · 0.35%
7.7 FLOTADOR MECÁNICO TANQUE DE ALMACENAMIENTO	$ 244,244	0.09%	$ 244,244	0.09%	0.04% · 0.05% · 0.09%
7.8 ELECTROBOMBA PERIFERICA CENTRIFUGA POTENCIA 0,5 HP	$ 0	0.00%		0.00%	
7.9 CONTROL AUTOMATICO DE LA BOMBA MEDIANTE DISPOSITIVO ELECTRONICO	$ 544,269	0.19%	$ 544,269	0.19%	0.09% · 0.10% · 0.19%
8.- INSTALACIONES ELÉCTRICAS		**4.36%**		**1.58%**	
8.1 REVISIÓN Y REPARACIÓN DE PUNTO ELÉCTRICO	$ 171,252	0.06%		0.00%	0.06%
8.2 PANEL LED CUADRADO 60x60X4 POTENCIA 40w Luz Blanca 100-277v	$ 12,030,513	4.25%	$ 4,335,320	1.53%	2.12% · 2.13% · 1.53%
8.3 SALIDA + TOMACORRIENTE DOBLE MONOFASICA - PVC	$ 127,376	0.05%	$ 127,376	0.05%	0.02% · 0.03% · 0.05%
8.4 SALIDA PARA TOMACORRIENTE DOBLE MONOFASICA EN CANALETA	$ 0	0.00%		0.00%	
9.- PISOS		**15.00%**		**4.69%**	
9.1 PLACA CONTRAPISO DE 10 cm - CONCRETO 2500 PSI	$ 988,866	0.35%	$ 988,866	0.35%	0.35% · 0.35%
9.2 ALISTADO DE PISOS EN MORTERO 1:3 E = 0.04	$ 463,824	0.16%	$ 463,824	0.16%	0.16% · 0.16%
9.3 ALISTADO GRADERIAS JAL EN MORTERO 1:3 Ancho 0.36 m	$ 952,147	0.34%	$ 952,147	0.34%	0.34% · 0.34%
9.4 PISO PORCELANATO 60x60 PARA GRADERIA JAL	$ 4,403,975	1.56%	$ 4,403,975	1.56%	0.52% · 0.52% · 0.52% · 1.56%
9.5 BORDE GRADERIA EN GRAVILLA LAVADA MONA	$ 5,030,148	1.78%	$ 5,030,148	1.78%	0.60% · 0.60% · 0.58% · 1.78%
9.6 PISO PORCELANATO 60x60, incluye pegante y emboquillado	$ 1,423,926	0.50%	$ 1,423,926	0.50%	0.50% · 0.50%
9.7 MANTENIMIENTO PISO EN MADERA AUDITORIO JAL	$ 3,212,448	1.14%		0.00%	0.38% · 0.38% · 0.38%
9.8 ADOQUIN DE CONCRETO TR. LIVIANO 20X10X6 cm	$ 19,170,470	6.77%		0.00%	2.25% · 2.26% · 2.26%
9.9 ADOQUIN DE ARCILLA TR. LIVIANO 20X10X6 cm	$ 6,815,424	2.41%		0.00%	0.80% · 0.80% · 0.81%
10.- MAMPOSTERIA		**0.77%**		**0.00%**	
10.1 MURO EN BLOQUE Nº4 Arcilla 33*23*9 cm	$ 0	0.00%		0.00%	
10.2 MURO EN EN LADRILLO PRENSADO EN ARCILLA 24.5 x 12 x 6 cm	$ 2,188,950	0.77%		0.00%	0.38% · 0.39%
11.- ENCHAPE MUROS		**0.66%**		**0.65%**	
11.1 CERAMICA PARED Tipo macedonia 25 x 43cm	$ 1,877,480	0.66%	$ 1,832,890	0.65%	0.66% · 0.65%
11.2 CENEFA CERAMICA, Incluye boquilla epoxica pegante	$ 0	0.00%		0.00%	
11.3 GUARDAESCOBA CEDRO 8cm	$ 0	0.00%		0.00%	
11.4 POCETA LAVATRAPEROS CONCRETO 2.500 psi, 1.05 x 0.50 x 0.50 m	$ 0	0.00%		0.00%	

CAPITULOS	VALOR CONTRATADO (COSTO DIRECTO)	% SOBRE VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO SOBRE VALOR CONTRATADO	PLAZO DE EJECUCION
					OCTUBRE: 1, 2 · NOVIEMBRE: 3, 4, 5, 6, 7 · DICIEMBRE: 8, 9, 10, 11 · ENERO: 12, 13, 14, 15 · FEBRERO: 16, 17, 18
12.- PAÑETES		**0.27%**		**0.24%**	
12.1 PAÑETE LISO MUROS 1:3 INTERIOR	$ 762,042	0.27%	$ 674,631	0.24%	
13.- PINTURA		**30.64%**		**6.53%**	
13.1 VINILO MUROS INTERIORES TIPO 1 TRES MANOS	$ 38,633,571	13.65%	$ 1,128,706	0.40%	
13.2 VINILO PARA MUROS EXTERIORES CULATA	$ 0	0.00%		0.00%	
13.3 ESTUCO Y VINILO 3 MANOS BAJO TECHO INTERIOR PINTURA TIPO 1	$ 31,004,292	10.96%	$ 2,040,580	0.72%	
13.4 PINTURA CARAPLAST FACHADAS	$ 378,840	0.13%		0.00%	
13.5 PINTURA CARPINTERIA ESMALTE LINEAL	$ 13,547,366	4.79%	$ 13,547,366	4.79%	
13.6 ESMALTE VENTANAS METALICAS	$ 741,000	0.26%		0.00%	
13.7 PINTURA Y/O LACA COLOR, DOS (2) MANOS, SOBRE LAMINA LLENA MADERA	$ 0	0.00%		0.00%	
13.8 DEMARCACIÓN CON PINTURA ACRILICA LINEAS DE TRÁFICO	$ 646,019	0.23%		0.00%	
13.9 GRIS BASALTO ESTRUCTURA FACHADA	$ 1,756,295	0.62%	$ 1,756,295	0.62%	
14.-CIELO RASO		**0.16%**		**0.10%**	
14.1 SUMINISTRO E INSTALACIÓN PLACA DRYWALL	$ 0	0.00%		0.00%	
14.2 MANTENIMIENTO DE ESTRUCTURA DE CIELO RASO	$ 460,200	0.16%	$ 286,060	0.10%	
14.3 LAMINA ACRILICO DIFUSORA DE LUZ CIELO RASO	$ 0	0.00%		0.00%	
15.- CARPINTERIA DE MADERA		**0.00%**		**0.00%**	
15.1 BARANDA EN CEDRO 0,15 X 0,02	$ 0	0.00%		0.00%	
15.2 COCINA INTEGRAL 4 m x 0,6 m x 2,1	$ 0	0.00%		0.00%	
15.3 MUEBLE BAJO COCINA 4 m x 0,5x 0,9	$ 0	0.00%		0.00%	
15.4 HOJA PUERTA ENTAMBORADA TRIPLEX-TABLEX	$ 0	0.00%		0.00%	
16.- CARPINTERIA METALICA		**4.35%**		**1.03%**	
16.1 VENTANA LÁMINA CALIBRE 18 INC. ANTICORROSIVO	$ 0	0.00%		0.00%	
16.2 RECONSTRUCCIÓN DE VENTANAS EN LÁMINA C.R. C18 (ANTIC - ESMALTE)	$ 0	0.00%		0.00%	
16.3 VENTANA FIJA EN ALUMINIO ANODIZADO	$ 249,682	0.09%		0.00%	
16.4 PUERTA DE BAÑO EN ALUMINIO COLOR	$ 0	0.00%		0.00%	
16.5 PUERTA BATIENTE Perfileria Tubular en ALUMINIO ANODIZADO	$ 2,740,848	0.97%		0.00%	
16.6 DIVISIÓN EN ALUMINIO ANODIZADO VIDRIO CRUDO 5mm	$ 4,524,299	1.60%		0.00%	
16.7 MANTENIMIENTO CERRAMIENTO METÁLICO	$ 582,637	0.21%	$ 582,637	0.21%	
16.8 PUERTA METALICA DOBLE VEHICULAR. Dimensiones: A=5m, h=2m	$ 2,319,759	0.82%	$ 2,319,759	0.82%	
16.9 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TAPA PARA TANQUE ALMACENAMIENTO AGUA Dimensiones: 0,80x0,80m	$ 0	0.00%		0.00%	
16.10 ESCALERA DE GATO EN ACERO GALVANIZADO EN TUBERÍA DE 2 ½" Y DE 1"	$ 472,386	0.17%		0.00%	
16.11 CICLO PARQUEADERO TIPO M100 TIPO 1 h= 1m, L=2m	$ 1,427,709	0.50%		0.00%	
16.12 LOCKER METALICO 1,8 m altura, ancho 0,93 m, profundidad 0,30. 12 puestos	$ 0	0.00%		0.00%	
17.- APARATOS SANITARIOS		**1.70%**		**1.59%**	
17.1 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE SANITARIO TIPO POWER ONE BLANCO	$ 1,878,507	0.66%	$ 1,878,507	0.66%	
17.2 LAVAMANOS DE PEDESTAL COLOR BLANCO	$ 324,534	0.11%		0.00%	
17.3 ORINAL ARRECIFE Corona o equivalente	$ 1,552,608	0.55%	$ 1,552,608	0.55%	
17.4 GRIFERIA ANTIVANDALICA, valvula para Orinal de Empotrar Push	$ 894,705	0.32%	$ 894,705	0.32%	
17.5 GRIFERIA ANTIVANDALICA LAVAMANOS DE EMPOTRAR PUSH PICO DE SEGURIDAD	$ 171,900	0.06%	$ 171,900	0.06%	
18.- CUBIERTA		**5.30%**		**5.26%**	
18.1 IMPERMEABILIZACION VIGA CANALES con Manto Morter Plas AL-80 de 3.5 mm	$ 13,704,173	4.84%	$ 13,704,173	4.84%	
18.2 BAJANTE A.LL. PVC Ø 3" (INC. ACCESORIOS)	$ 1,170,516	0.41%	$ 1,170,516	0.41%	
18.3 FLANCHE LAMINA GALVANIZADA CL. 20 - DS=30 cm.	$ 0	0.00%		0.00%	

CAPITULOS	VALOR CONTRATADO (COSTO DIRECTO)	% SOBRE VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO SOBRE VALOR CONTRATADO	PLAZO DE EJECUCION
					OCTUBRE: 1 2 | NOVIEMBRE: 3 4 5 6 7 | DICIEMBRE: 8 9 10 11 | ENERO: 12 13 14 15 | FEBRERO: 16 17 18
18.4 TEJA TRANSPARENTE TIPO AJOVER No 8	$ 125,086	0.04%		0.00%	
18.5 TEJA EN FIBROCEMENTO, incluye accesorios de instalación, andamio	$ 0	0.00%		0.00%	
19.- VIDRIOS - CERRADURAS		**0.49%**		**0.00%**	
19. 1 VIDRIO CRUDO INCOLORO 4 mm - TIPO PELDAR Ó SIMILAR	$ 207,028	0.07%		0.00%	
19.2 VIDRIO ESMERILADO 4mm	$ 121,566	0.04%		0.00%	
19.3 ESPEJO 4 mm. Biselado y Pulido cuatro lados. (Suministro e instalación incluyendo los elementos de fijación al muro).	$ 858,175	0.30%		0.00%	
19.4 CERRADURA BELL WOOD POMO MADERA - ENTRADA Tipo Schalage o equivalente	$ 186,504	0.07%		0.00%	
OBRAS NO PREVISTAS		**17.38%**		**10.39%**	
NP-01 EXCAVACIÓN MANUAL EN MATERIAL COMÚN	$ 206,556	0.07%	$ 129,442	0.05%	
NP-02 DEMOLICION MUROS PANELES PREFABRICADOS	$ 294,372	0.10%	$ 294,372	0.10%	
NP-03 DESMONTE DE REJAS	$ 241,563	0.09%	$ 241,563	0.09%	
NP-04 DESMONTE DE LAMPARAS EXISTENTES 60X60CM	$ 782,439	0.28%	$ 281,960	0.10%	
NP-05 DESMONTE DE TABLERO ELECTRICO	$ 100,140	0.04%	$ 100,140	0.04%	
NP-06 INSTALACION DE LAMPARAS LED EXISTENTES SUMINISTRADAS POR LA ENTIDAD	$ 407,750	0.14%		0.00%	
NP-07 DEMOLICION DE CAJA DE INSPECCIÓN EN MAMPOSTERIA O CONCRETO SECCION 0,60m x 0,60m HASTA 1,0m x 1,0 m: h=1,20m	$ 1,032,640	0.36%	$ 258,160	0.09%	
NP-08 DESMONTE DE TANQUE EXISTENTE (INCLUYE DESCONEXIÓN, ACCESORIOS DE TAPONAMIENTO	$ 383,324	0.14%		0.00%	
NP-09 REINSTALACION DE TANQUE DE AGUA POTABLE DE 1000 LTS	$ 292,904	0.10%		0.00%	
NP-10 REVISIÓN TANQUES ELEVADOS PLASTICOS 1000 LT	$ 631,600	0.22%		0.00%	
NP-11 SUMINISTRO E INSTALACION MASILLA ASFALTICA ACRILICA SELLANTE E IMPERMEABILIZANTE	$ 4,017,280	1.42%	$ 4,017,280	1.42%	
NP-12 ENCOROZADO TEJAS DE CUBIERTA CON MORTERO 1:3 IMPERMEABILIZADO	$ 900,900	0.32%	$ 900,900	0.32%	
NP-13 CUBIERTA EN TEJA TIPO ESPAÑOLA DE ARCILLA	$ 5,498,820	1.94%	$ 5,498,820	1.94%	
NP-14 CERRAMIENTO EN TUBO CUADRADO DE 1"X1"X1.1MM, PEINAZOS EN TUBO RECTANGULAR DE 80X40CMX2MM	$ 3,388,000	1.20%	$ 3,388,000	1.20%	
NP-15 REFORZAMIENTO ESTRUCTURA PARA CIELORASO (INCLUYE OMEGAS, VIGUETAS Y DEMAS PERFILERIA)	$ 807,700	0.29%	$ 502,066	0.18%	
NP-16 SUMINISTRO E INSTALACIÓN PLACA EN SUPERBOARD 6MM	$ 1,540,000	0.54%	$ 957,264	0.34%	
NP-17 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CIELO RASO FALSO EN PANEL SUPERBOARD DE 6 MM	$ 3,662,460	1.29%	$ 1,496,725	0.53%	
NP-18 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MURO DOBLE CARA EN LÁMINA SUPERBOARD 10 MM	$ 5,511,121	1.95%	$ 5,511,121	1.95%	
NP-19 MANTENIMIENTO DE DESAGÜE SANITARIO CON SONDA ELECTRICA	$ 412,340	0.15%	$ 412,340	0.15%	
NP-20 SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP DE 3/4" INCLUYE ACCESORIOS	$ 242,874	0.09%	$ 134,930	0.05%	
NP-21 SUMINISTRO E INSTALACION TUBERIA PVCP DE 1" INCLUYE ACCESORIOS	$ 251,460	0.09%		0.00%	
NP-22 VALVULA TIPO BOLA Φ3/4"	$ 156,474	0.06%	$ 156,474	0.06%	
NP-23 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LAVAMANOS PARA DISCAPACITADOS (TIPO ACUAJET O SIMILAR)	$ 757,090	0.27%	$ 757,090	0.27%	
NP-24 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LAVAMANOS DE SOBREPONER COLOR BLANCO, (INCLUYE GRIFERÍA TIPO PUSH)	$ 1,552,160	0.55%	$ 1,552,160	0.55%	
NP-25 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE WIN DE ALUMINIO	$ 208,120	0.07%		0.00%	
NP-26 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TAPA REGISTRO DE 20 X 20 CM, PLASTICA	$ 68,088	0.02%	$ 45,392	0.02%	
NP-27 MESÓN EN CONCRETO E = 0.1 M ENCHAPADO EN GRANITO PULIDO.	$ 1,807,092	0.64%	$ 1,807,092	0.64%	
NP-28 SUMINISTRO E INSTALACIÓN DIVISIÓN DE BAÑO EN ACERO INOXIDABLE CALIBRE 20 PARA ORINAL, DIMENSIONES 0.45X1.2M	$ 744,507	0.26%		0.00%	
NP-29 SUMINISTRO E INSTALACIÓN PUERTAS EN ACERO INOXIDABLE CALIBRE 20	$ 2,016,550	0.71%		0.00%	
NP-30 PROTECTOR PARA PAPEL HIGIENICO DE SOBREPONER EN LA PARED EN ACERO INOXIDABLE	$ 654,426	0.23%	$ 654,426	0.23%	
NP-31 DISPENSADOR PARA JABON LIQUIDO MARCA A&A CUERPO EN ACERO INOXIDABLE	$ 294,102	0.10%	$ 294,102	0.10%	
NP-32 PINTURA TIPO KORASA O SIMILAR PARA FACHADA A 2 MANOS	$ 6,837,267	2.42%		0.00%	
NP-33 PINTURA TIPO KORASA O SIMILAR PARA FACHADA A DOS MANOS (A = 0.6 M)	$ 427,791	0.15%		0.00%	
NP-34 PINTURA EPOXICA A 3 MANOS	$ 1,342,737	0.47%		0.00%	
NP-35 ASEO GENERAL FINAL Y LIMPIEZA	$ 1,701,300	0.60%		0.00%	
VALOR COSTO DIRECTO	**$ 282,988,082**	**100.00%**	**$ 115,164,442**	**40.70%**	

CAPITULOS	VALOR CONTRATADO (COSTO DIRECTO)	% SOBRE VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO SOBRE VALOR CONTRATADO	PLAZO DE EJECUCION																
					OCTUBRE		NOVIEMBRE					DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		% PROGRAMADO SEMANAL			1.33%	3.20%	3.40%	5.17%	15.61%	6.84%	5.19%	4.37%	3.67%	7.00%	10.76%	8.21%	5.89%	9.85%	4.45%	3.75%	0.60%	0.71%
PROGRAMADO		% EJECUTADO SEMANAL			1.33%	4.88%	4.62%	10.19%	19.74%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
EJECUTADO		% PROGRAMADO ACUMULADO			1.33%	4.53%	7.93%	13.10%	28.71%	35.55%	40.74%	45.11%	48.78%	55.78%	66.54%	74.75%	80.64%	90.49%	94.94%	98.69%	99.29%	100.00%
		% EJECUTADO ACUMULADO			1.33%	6.21%	10.83%	21.02%	40.76%													

ANEXO No. 2

COPIA DE LA BITACORA DE OBRA

CONTRATO No. 305 DE 2022

"MANTENIMIENTO Y REPARACIONES LOCATIVAS DE LA ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA EN BOGOTA DC".

CONTRATISTA: CONSORCIO INGENIERIA XI

LUIS CARLOS MOROS OTERO.
ING. RESIDENTE OBRA

INTERVENTORIA: GYG INGENIEROS SAS.

JORGE GAMARRA.
ING. RESIDENTE INTERVENT.

ANA ISABEL GAMARRA
ING. RESIDENTE APOYO.

CONTRATANTE: ALCALDIA LOCAL PTE. ARANDA.

FREDY ARMANDO MARTIN
ARQ. APOYO A LA SUPERVISION.

Powered by CamScanner

OCTUBRE 18/22 (Martes).
Se firma el Acta de Inicio con un plazo de cuatro (4) meses. Se hace un recorrido por las instalaciones identificando las áreas a intervenir junto con la interventoría y el Arq. Fredy Martin de la Alcaldía.
Se realiza el primer comité de Obra en las oficinas de Infraestructura.
El contratista inicia trabajos con 1 técnico constructor (Maestro de obra), 2 oficiales y 2 ayudantes.

Ing. Residente Obra. Int. de obra

OCTUBRE 19/22 (Miércoles)
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Se inicia la construcción del campamento de obra en el espacio destinado por la Alcaldía. Llega el material necesario: Tejas y madera.
Se hace inspección a las vigas canales encontrándose en muy mal estado por la presencia de palomas vivas y muertas. Para hacer la limpieza de canales y su posterior impermeabilización se requiere quitar un alero en teja de arcilla que las cubre, estas tejas no se pueden reutilizar pues se parten al retirarlas.

Ing. Residente obra. Interventoría de obra.

Octubre 20/22 (Jueves).
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Personal de obra: 1 Residente, 1 Maestro, 2 Oficiales y 2 obreros.

Se continua con la construcción del campamento se inicia la demolición del baño de visitantes y se retiran las divisiones y los aparatos sanitarios.
Cuando el clima lo permite se realiza limpieza de vigas canal.

Ing. Residente Obra. Inf. Obra.

Octubre 21/22 (Viernes).
Se continua con la demolición del enchape del baño de visitantes así como la demolición de la placa de piso en busca de la caja de inspección.
El clima continua igual que los días anteriores.
Las goteras en el área de archivo son muy notorias y por tanto el Arq. Fredy Martin solicita se le de prioridad a esa intervención.

Ing. Residente Obra. Inf. obra.

Octubre 22/22 (sábado).
Estado Tiempo: Nublado en la mañana.
No. Trabajadores Obra: 1 Residente, 1 Maestro, 2 oficiales y 2 Ayudantes.
Se continúa con la demolición en el baño de visitantes y la limpieza de vigas canales retirando el manto asfáltico existente.

Octubre 24/22 (Lunes).
Estado del tiempo: Sol en la mañana y nublado en la tarde.
Ingresan a la obra 3 trabajadores adicionales pero la interventoría ordena la suspensión de los trabajos hasta tanto no se cuente con los elementos de protección personal y ~~la~~ indumentaria requerida según el Manual de Identidad de la Alcaldía. Con la Interventoría y el Supervisor de la Alcaldía se hace un nuevo recorrido identificando algunos ítems no previstos. El contratista preparará un Listado de ítems nuevos para el visto bueno de interventoría y supervisión para luego presentar los respectivos APUs No previstos para su aprobación y ejecución. Se

Ing. Residente obra.

Int. obra.

Octubre 25/22 (Martes):
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Personal de obra: 1 Maestro, 6 oficiales, 4 Ayudantes, Siso y Residente obra.
La siso de la obra dicta charlas a los trabajadores y revisó los elementos de protección personal y los andamios para trabajos en altura.
Continuan las labores de limpieza de canales y demolición del piso del baño de visitantes; Cabe Resaltar Que dos elementos de obra llegaron a Obelo Dio.

Ing. Residente obra.

Octubre 26/22 (Mcoles)
Estado del Tiempo: Lluvia todo el dia.
Personal de Obra: 1 Maestro, 6 oficiales, 4 Ayudantes
Técnico Siso, Ing. Residente.
Se inició el retiro del cielo raso en superboard en el edificio de la JAL en baños de 1er y 2do Piso Damas y en el corredor del 3er piso. Se observa que la estructura metálica del cielo raso no puede ser reutilizada por su estado deficiente. Se solicita autorización de la interventoria para retirarla.
Continua la limpieza de vigas canales. Se inicia la preparación de la superficie de las canales con mortero.

Ing. Residente Obra

Octubre 27/22 (Jueves).
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Personal de Obra: 1 Maestro, 7 oficiales, 4 Ayudantes
Técnico Siso, Ing. Residente.
Se inicia intervención en el cerramiento perimetral con limpieza para preparar la superficie para la pintura en aceite.
Se inicia el resane del cielo raso del 2do piso de la JAL aplicando cinta en las dilataciones y manillas.
Continua la limpieza de canales y aplicación de mortero 1:3.

Ing. Residente Obra

Octubre 28/22 (Viernes).
Estado del Tiempo: Nublado todo el día.
Personal de Obra: 1 Maestro, 7 oficiales, 4 Ayudantes, Técnico SISO, Ing. Residente.
Se hace reunión de Comité de obra. El contratista entrega a la Interventoría un listado de 28 APUs no previstos para su estudio y aprobación y entrega un esquema arquitectónico del sitio donde se requiere construir la placa de entrepiso para los tanques nuevos de agua; se solicita el diseño estructural para poder iniciar con la ejecución.
Apenas se cuente con los APUs no previstos aprobados el contratista hará un Balance o Acta de Mayores y Menores de conformidad con la exigencia del Supervisor del contrato.
Se continúa con la limpieza de canales y la aplicación del mortero de nivelación. Se continúa con el retiro del cielo raso en el edificio de la JAL y se inicia con la pintura de cielo raso del 2do piso en la JAL.

Ing. Residente Obra.

Octubre 29/22 (Sábado)
Estado del tiempo: Nublado y llovizna leve.
Personal obra: 1 Maestro, 7 oficiales, 4 Ayudantes, Técnico SISO, Ing. Residente.
El Residente de obra y el de Interventoría hacen un recorrido observando los trabajos en ejecución que son: Limpieza y nivelación con mortero en los canales (la limpieza incluye el retiro del manto existente), se continúa con la pintura de cielo razos en el 2do piso de la JAL y con la pintura

del cerramiento perimetral.

Ing. Residente obra.

Octubre 31/22 (Lunes).
Estado del Tiempo: Soleado en la mañana y Lluvia fuerte toda la tarde.
Personal de obra: 1 Maestro, 8 oficiales, 5 Ayudantes, Técnico SISO, Residente, 1 Plomero.
Ingresan al personal 1 plomero + 1 oficial + 1 ayudante.
Continuan con la limpieza de canales, retiro de manto y nivelación con mortero en vigas canales.
Se continúa con la pintura del 2do piso de la JAL
Se instala la estructura para el superboard en los baños de la JAL.
Visita la obra el técnico de BARNES y junto con el residente y el Arq. Martin explica los requerimientos del equipo contraincendio.
Se continua con la pintura del cerramiento perimetral costado occidental.

Noviembre 1/22 (Martes).
Estado del tiempo: Soleado en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Personal de obra: 1 Maestro, 8 oficiales, 5 Ayudantes Técnico SISO, Ing. Residente, 1 plomero
Llega a la obra la tubería sanitaria y de agua fría para las instalaciones del baño de recepción.
Se destapan los sanitarios del 2do piso del edificio de la Alcaldía
Se continua con la intervención en las vigas

Canales del edificio de la Alcaldía.
Se continua con el reforzamiento de la estructura de los cielos rasos que se han desmontado.
Se continúa con la pintura de muros y techos en el 2do piso de la JAL.
Se instala cerramiento con polisombra para el área de las gradarias del recinto de la JAL. Se desmontan las sillas existentes y se quita el tapete alfombra con el fin de colocar enchape de piso.

Ing. Residente obra.

Noviembre 2/22 (Miercoles)
Estado del tiempo: Llovizna en la mañana y Lluvia fuerte en la tarde.
Personal de obra: 1 Maestro, 8 oficiales, 5 ayudantes, 1 técnico SISO, Ing. Residente, 1 Plomero.
Se continúa con las excavaciones y colocación de la tubería sanitaria de ϕ 2" y ϕ 4" para el baño de recepción.
Se inician las labores de alistado para las gradarias de la JAL utilizando mortero 1:3.
Se construye la caja de inspección 60x60cm para el baño de recepción en mampostería.
Se continua con la pintura del cerramiento perimetral de la Alcaldía costado occidental.
Debido a las lluvias constantes no se pudo adelantar la actividad de impermeabilización de vigas canales.
Se continua con el reforzamiento de la estructura de los cielos rasos y pintura de techos en la JAL.

Ing. Residente obra.

Powered by CamScanner

Noviembre 3/22 (Jueves).
Estado del Tiempo: Nublado en la mañana y lluvias en la tarde.
Personal de obra: 1 Maestro, 9 oficiales, 6 ayudantes, 1 técnico SISO, 1 Ing. Residente.
En la mañana se continuó con el mortero de pendientado de los viejos canales. Se hace el retiro de tejas de barro para tener acceso a los canales y se hace mantenimiento a las tejas de eternit existentes bajo las de barro.
Se termina la pintura del 2do piso de la JAL quedando pendiente la intervención en las oficinas de la edilas.
Se retiran los tubos fluorescentes y lámparas 60x60 cm en 2do piso JAL y se instalan lámparas led 60x60 nuevas.
Se continua con el alistado con mortero de las gradarias de la JAL.

Ing. Residente

Noviembre 4/22 (Viernes).
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y lluvias en la tarde.
Personal de Obra: 1 Maestro, 9 oficiales, 6 ayudantes, 1 técnico SISO, 1 Ing Residente.
Se lleva a cabo el comité de obra con la participación del contratista, la interventoría y el Arq. Fredy Martín como apoyo a la supervisión. El Ing. Residente de obra Luis Carlos Maros entrega los ARUS de las obras no previstas y es autorizado su ejecución. Queda pendiente hacer las respectivas actas. El avance de obra está por encima del programado.

Ing. Residente

Powered by CamScanner

Noviembre 5/22 (sábado).
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y lluvias en la tarde
Personal de obra: 1 Maestro, 9 oficiales, 6 ayudantes, 1 Técnico SISO, 1 Ing Residente.
Se termina el alistado de las gradenas para instalación de la grava de mona y del enchape.
Se realiza el relleno de la excavación de las tuberías sanitarias del baño de recepción y se procede a rellenar también todo el área del baño dejando listo para fundir la placa de piso en concreto.
Se aplica la emulsión asfáltica en frisos de las vigas canales donde no se puede instalar manto asfáltico por el acceso ~~muy~~ muy dificultoso por lo angosto.

Ing. Residente.

Noviembre 7/22 (Lunes festivo)
Estado del tiempo: Nublado todo el día.
Personal de obra: 1 Maestro, 2 oficiales, 3 ayudantes.
Se funde la placa de piso del baño de visitantes.
Se continua con la aplicación de emulsión asfáltica en vigas canales.

Ing. Residente.

Noviembre 8/22 (Martes).
Estado del tiempo: Llovizna en la mañana y lluvias fuertes en la tarde.
Personal de Obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 7 ayudantes, 1 Siso, 1 Ing. Residente.
Ingresan a la obra 2 oficiales y 1 ayudante para iniciar con el enchape en porcelanato de las gradenas.
Se aplica emulsión asfáltica cuando la lluvia lo permite, en las vigas canales.
Se termina con la pintura de la reja de cerramiento perimetral.
Se retira el tramo de reja de cerramiento ubicado al lado del templo debido a su deterioro. Se instala una reja nueva con las mismas caracteristicas.
Se retira la puerta metálica de entrado vehicular y se instale su reemplazo en tubería cuadrada de 1" cada 15cm.
Se inicia la instalación de divisiones en superboard doble cara en el baño de recepción y en el área de la estancia.
Se inicia la intervención en el cuarto de bombas con el retiro del tablero eléctrico existente y la desconexión de la red.

Ing. Residente.

Powered by CamScanner

Noviembre 9/22 (Miercoles)
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y llovizna en la tarde
Personal de obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 9 ayudantes, 4 aseadoras, 1 SISO, 1 Ing. Residente.
Ingresan a la obra 4 aseadoras con el fin de trabajar en el aseo de todas las áreas intervenidas.
Se avanza en el enchape de las gradenas y en las divisiones del baño de recepción.
Se instala el superboard del pasillo del tercer piso de la JAL. Inicialmente se traslada la red de agua fria en ϕ3/4" y se coloca otra red por encima del cielo raso.
Se trabaja en la pintura de los cielo rasos de los baños del 2do piso de la JAL.
Se realiza el retiro de las rejas de las ventanas del edificio de la JAL.

Ing. Residente.

Noviembre 10/22 (Jueves).
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y llovizna en la tarde
Personal de obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 9 ayudantes, 4 aseadoras, 1 técnica SISO, 1 Ing. Residente.
Se avanza con el enchape de los gradenes y con las divisiones en superboard para el área de lactancia.
Se retiran más lámparas antiguas y se instalan nuevas con tecnologia led.
Se continua con la limpieza de canales, el retiro de tejas de barro, el encorozado y la aplicación de emulsión en la cubierta de la Alcaldia y la JAL.
Avanza el mantenimiento de los equipos de bombeo.

Ing. Residente

Noviembre 11/22 (viernes).
Estado del tiempo: Nublado todo el día.
Personal de obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 9 ayudantes, 4 aseadoras, 1 Siso, 1 Ing. Residente.
Se realiza reunión de comité de obra con la participación de la Interventoría y el Arq. coordinador. El contratista reitera la solicitud del diseño de la estructura para los nuevos tanques de agua. La coordinación manifiesta la necesidad de ir adelantando el Acta de Recibo de Obra para presentarla antes del 15 de nov. se firma el Acta de aprobación de precios no previstos y el Acta de Mayores y Menores Cantidades de Obra No. 01.
Se hace un recorrido por la obra identificando las actividades que se adelantan tales como pintura de techos y muros, enchapes de baños, divisiones en superboard, enchape de gradenas.
Se autoriza el inicio de la pintura en el recinto de la JAL y por tanto se programan trabajos nocturnos y en fin de semana
Se termina el enchape de muros en los baños de la JAL y en el piso del baño de recepción. Se avanza con la impermeabilización de vigas canales.

Ing. Residente.

Noviembre 12/22 (sábado).
Estado del tiempo: Llovizna en la mañana y en la tarde.
Personal de Obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 9 ayudantes 4 aseadoras, 1 Siso, 1 Ing. Residente.
Se hace un aseo general de las instalaciones.
Se continua con la pintura de muros y techos del recinto de la JAL.
Se avanza con la impermeabilización de vigas

canales aunque el estado del tiempo no colabore para poder terminar esta actividad.
Se terminan las divisiones en superboard del baño de recepción quedando pendiente las puertas en acero inoxidable.

Ing. Residente.

Noviembre 15/22 (Martes)
Estado del tiempo: Nublado durante todo el día.
Personal de obra: 1 Maestro, 11 oficiales, 9 ayudantes, 4 aseadoras, 1 SISO, 1 Ing. Residente.
Se realiza la instalación de gravilla mona en las áreas de las gradarias que no llevan enchape.
Se realiza la pintura de columnas y vigas exteriores en el edificio de la JAL con color gris basalto
Se construye el mesón en granito en el baño de recepción.
Se avanza en la instalación de manto asfaltico en las vigas canales.
Se cambian las bajantes del edificio de la JAL y frente al despacho del Alcalde Local.

Ing. Residente.

Noviembre 16/22 (Mcoles)
Estado del tiempo: Nublado durante todo el día. Lloviznas esporádicas.
Personal de Obra: 1 Maestro, 9 oficiales, 8 ayudantes, 4 aseadoras, 1 tecnica SISO, 1 Ing. Residente.
Se instalan los sanitarios y lavamanos con sus respectivas griferias asi como los registros y tapa registros en el baño de recepción.
El contratista presenta para la firma de la interventoria

el Acta de Recibo de obra No. 01 con sus respectivos Memorias de Cálculo de Cantidades de obra y demás documentos para el trámite de la primera factura.

Moros
Ing. Residente.

Noviembre 17/22 (Jueves)
Estado del tiempo: Nublado en la mañana y en la tarde.
Personal de Obra: 1 Maestro, 9 oficiales, 8 ayudantes, 4 aseadoras, 1 técnica SISO, 1 Ing. Residente.
El Ing. Moros y el Arq. Martín hacen un recorrido identificando actividades que se hace necesario incluir en el presente contrato de mantenimiento pensando en una posible adición.
Se inicia la construcción de una caja de inspección y de la trampa de grasas para remplazar las existentes en el exterior de la Alcaldía.
Se inician los resanes en muros exteriores de la iglesia para aplicar pintura tipo koraza.

Moros

Noviembre 18/22 (Viernes)
Estado del Tiempo: Lluvias durante todo el día.
Personal de Obra: 1 Maestro, 8 oficiales, 6 ayudantes, 4 aseadoras, 1 técnica SISO, 1 Ing. Residente.
Se realiza un nuevo comité de obra en el cual se programan las actividades para el siguiente mes del plazo
Se inicia intervención a los cielo rasos de las oficinas de Infraestructura de la JAL.

Moros

ANEXO No. 3

- **CERTIFICADO DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Y PLANILLAS DE APORTES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.**

- **SOPORTES AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES DE OBRA**

CERTIFICACION DE APORTES

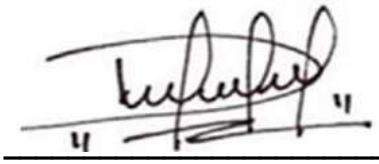
Los suscritos, JAIME HERRERA OSORIO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.655.971, en nombre y Representante Legal del **CONSORCIO INGENIERÍA XI** y DIANA MARCELA ROJAS ORTEGA identificada con cedula de ciudadanía No. 52.656.720 en calidad de contador público del **CONSORCIO INGENIERÍA XI** con NIT. 901.633.648-7, CERTIFICAMOS BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO, que el consorcio se encuentra al día en el pago al sistema integrado de Seguridad Social y Riesgos Laborales, en los casos que aplique, de acuerdo a lo contenido en la ley 1150 de 2007, que modifico el inciso segundo y el parágrafo 1° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, y el articulo 50 Ley 789 de 2002, se ha dado el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y la de carácter parafiscal (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF). Cuando a ella hubiere lugar, en relación con todos mis empleados.

En constancia se expide en Bogotá D.C., a los once (11) días del mes de noviembre de 2022.

Cordialmente,



JAIME HERRERA OSORIO
C.C 79.655.971
Representante Legal - CONSORCIO INGENIERÍA XI
Nit. 901.633.648-7



DIANA MARCELA ROJAS ORTEGA
C.C 52.656.720
CONTADOR PÚBLICO
TP. 183085-T

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E	18/10/2022	62615058	$301.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	40.000	0		0		0	5	200	0	40.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	160.000	0	0	0	0	5	800	0	160.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	69.600				69.600	5	400	70.000			696	70.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	30.000	5	200	30.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	40.000	40.200
Pensión	1	160.000	160.800
Riesgos Laborales	1	69.600	70.000
CCF	1	30.000	30.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.600	301.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E	18/10/2022	62615058	$301.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032368540	GUALTEROS RODRIGUEZ DANIEL FERNANDO	1	0			S																	231001	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-4	1.000.000	5	69.600	CCF21	1.000.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.022.933.529
VALBUENA
APELLIDOS
OSCAR
NOMBRES

oscar valbuena
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1987
TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

17-MAY-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00849402-M-1022933529-20160916 0051216999A 1 1944090898

EPS salud total
porvenir
tl 7622725
Dr Kr 7 # 68 D 27 sur

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1022933529
Nombre:	OSCAR VALBUENA
Fecha Ingreso:	18/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	15/10/2022 5:32:11 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009105335	1|9|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐

A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VALBUENA Primer apellido	Segundo apellido	OSCAR Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1022933529	Femenino ☐ Masculino ☒	1|5|0|5|1|9|8|7

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CR 7 68 D 27 **Dirección**	3008640 **Telefono fijo**	3008640273 **Telefono celular**	OSCARVALBUENA1505@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **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 ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

CR 95 68 A 24 Dirección	3017844 Teleéfono	CONSTRUCCIONES.AMBAR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009105335

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 ☐		1|9|1|0|2|0|2|2

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 Valbuena	Daniel Gutierrez

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

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.

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:

OSCAR VALBUENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.933.529**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre del 2022.

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.

Apreciado afiliado

Asunto: Confirmación de afiliación

Número de radicación: 2200567912

Su afiliación ha sido exitosa. El trabajador Valbuena Oscar identificado con Cédula De Ciudadania número 1022933529 ha sido afiliado a la Caja de Compensación Familiar Cafam y desde ya podrá disfrutar nuestro portafolio de productos y servicios.

Agradecemos la confianza y estamos seguros que Cafam le estará brindando lo mejor para cumplir sus sueños, lo invitamos a visitarnos y conocer más en www.cafam.com.co

Cordialmente,

Departamento Subsidio Familiar
Cafam

"Siempre a tu lado"

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACION AL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD7

35/000433347033453

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS ()

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433347033457 **Fecha:**15/10/2022 **EPS:** SALUD TOTAL

Paciente: OSCAR VALBUENA **Identificación:** 1022933529 **Edad:** 35 Años

Empresa: CONSTRUCCIONES AMBAR S.AS **Cargo**: OFICIAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	B+(POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SINALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**:75 KG **ESTATURA:** 1.75 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☑	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.

¡ALERTA COVID-19!

EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPI DE MIOLOGI CA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☑

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS () SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 17 DE DIECIEMBRE DEL 2021:

SI: ☑ **NO:** ☐

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

MYM ALTURAS
CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.

NIT 901.103.169-7

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 658417

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

VALBUENA OSCAR

Documento de Identidad No 1022933529

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO – AVANZADO

Realizado del 27 al 28 de enero del 2022 en la ciudad de Bogotá D.C.

con una intensidad de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 28 dias del mes de enero 2022

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017

Registro bajo consecutivo D.T-FYXUY

Daniel Gerardo Manrique Jimenez
C.C. 19.269.189
Gerente

Beronica Maya Rodriguez
C.C. 52429692
Reg. Entrenador 08SE201422020-24-EN
Lic. SST 7312 23/08/2019

ACCEI
Asociación Colombiana de Centros de Entrenamiento Integral
Asociado No. ACC-AS-012


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.500.142
PEREZ GUATAQUI
APELLIDOS
JOSE NOE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1969
NOBSA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-JUN-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500119-47152644-M-0079500142-20061201 01655 06335B 02 214785620

eps salud total
Pension Colfondos

Direccion
Carrera 16N - 78D 21S.

Tl. 3055 78096

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79500142
Nombre:	JOSE NOE PEREZ GUATAQUI
Fecha Ingreso:	18/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	15/10/2022 5:09:10 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009105437	1|9|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: B. Institucional ☐ — -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEREZ Primer apellido	GUATAQUI Segundo apellido	JOSE Primer nombre	NOE Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	79500142	Femenino ☐ Masculino ☒	2|3|0|4|1|9|6|9

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	COLFONDOS	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 16 78 D 21 SUR	3105578	3105578096	GUATAQUIJOSE@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 VENECIA - VS VENECIA	VSVENECI - VSVENECI
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 95 68 A 24	3011844	CONSTRUCCIONES.AMBAR@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4009105437

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 ☐		1|9|1|0|2|0|2|2

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
Jose Noe Perez	Daniel Guatteros D.

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

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 S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE NOE PEREZ GUATAQUI identificado(a) con C.C No. 79.500.142, 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 18 de octubre del 2022.

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

Estimado señor(a). Barragan Farfan Ramiro

Asunto: Certificación

El certificado solicitado no fue generado debido a que no se encontró información relacionada con el/la CC con numero de identificacion 80793468.

Para mas información puede comunicarse a través de nuestros medios de atención ubicados en el siguiente enlace.

Saludos,

Departamento Subsidio Familiar
Cafam

"Siempre a tu lado"

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACION AL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD7

35/000433347033457 3

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS ()

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433347033457 **Fecha:**15/10/2022 **EPS:** SALUD TOTAL
Paciente: JOSE NOE PEREZ GUATAQUI **Identificación:** 79500142 **Edad:** 53 Años
Empresa: CONSTRUCCIONES AMBAR S.AS **Cargo**: OFICIAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SINALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**:68 KG **ESTATURA:** 1.67 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☑	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.

¡ALERTA COVID-19!

EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPI DE MIOLOGI CA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☑

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS () ESPACIOS CONFINADOS () SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 17 DE DIECIEMBRE DEL 2021:

SI: ☑ **NO:** ☐

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CENTRO DE ENTRENAMIENTO HACE CONSTAR QUE:

JOSE NOE PEREZ GUATAQUI

Identificado con Cédula de ciudadanía
Nº 79500142
Cursó y aprobó la acción de formación en
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO
Con una intensidad de 20 horas

Realizado del (22) del mes de abril de 2022 al (23) del mes de abril de 2022 en la ciudad de Bogotá.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (23) del mes de abril de 2022

Dayan Stephanie Sanchez Perez
C.C. 1.000.619.268
Entrenador TSA
Licencia SO N° 5103

Yeritza Zulien Romero Ávila
C.C. 1030646887
Representante Legal
JRD CONSULTORES SAS

JRD-C0655

De conformidad con la AUTORIZACIÓN N° 08SE2019220000000041782 del 09 de octubre de 2019 emitida por el ministerio de trabajo, con certificación de calidad # 30-539-1 emitida por CELAC con aval de ONAC 18-CPP-002, licencia en salud ocupacional código 30.35359-1 LIC. SST N° 5409 DE 31/05/2019 que autoriza a la empresa JRD CONSULTORES SAS. Para la capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a la resolución 1178 del 2017 y 1409 de 2012

VERIFICACIÓN
3046191742-8050587
WWW.ALTURASJRD.COM



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1976

LA MESA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-42133051-M-0079769207-20050706 01189 05187A 02 122276630

Karrera 96 A # 42-44-Sur

Ca. 322. 703. 46. 51

capital Salud

porvenir

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.769.207
NUMERO

TORRES MAZURCO
APELLIDOS

JORGE HERNAN
NOMBRES

Jorge Hernan Torres M.
FIRMA



AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79769207
Nombre:	JORGE HERNAN TORRES MAZURCO
Fecha Ingreso:	18/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	15/10/2022 4:46:58 PM

CERTIFICA

Que el señor JORGE HERNAN TORRES MAZURCO con tipo de documento Cédula deCiudadanía No. 79769207 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen contributivo como dependiente en la ciudad de Bogotá desde 18 de octubre de 2022.

Se expide a los 18 días del mes octubre de 2022 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente,

Dq

CAPITAL SALUD EPS-S

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:

JORGE HERNAN TORRES MAZURCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.769.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre del 2022.

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.

Apreciado afiliado

Asunto: Confirmación de afiliación

Número de radicación: 2200567897

Su afiliación ha sido exitosa. El trabajador Torres Mazurco Jorge Hernan identificado con Cédula De Ciudadanía número 79769207 ha sido afiliado a la Caja de Compensación Familiar Cafam y desde ya podrá disfrutar nuestro portafolio de productos y servicios.

Agradecemos la confianza y estamos seguros que Cafam le estará brindando lo mejor para cumplir sus sueños, lo invitamos a visitarnos y conocer más en www.cafam.com.co

Cordialmente,

Departamento Subsidio Familiar
Cafam

"Siempre a tu lado"

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACION AL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD7

35/000433347033456

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ()

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433347033456 **Fecha:**15/10/2022 **EPS:** CAPITAL SALUD

Paciente: JORGE HERNAN TORRES MAZURCO **Identificación:** 79769207 **Edad:** 45 Años

Empresa: CONSTRUCCIONES AMBAR S.AS **Cargo**: MAESTRO DE OBRA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SINALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**:70 KG **ESTATURA:** 1.72 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☑	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.

¡ALERTA COVID-19!

EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPI DE MIOLOGI CA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☑

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS () SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 17 DE DIECIEMBRE DEL 2021:

SI: ☑ **NO:** ☐

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JORGE HERNAN TORRES MAZURCO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79769207
AFILIADO A LA ARL: COLPATRIA
RAZON SOCIAL: CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S
NIT: 901401153-8
REPRESENTANTE LEGAL:DANIEL GUALTEROS C.C 1032368540

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 19 DEL MES DE OCTUBRE HASTA EL DIA 19 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2022
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (19) DE (10) DEL (2022)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

ANGELICA MARIA BUITRAGO
ENTRENADOR TSA
Licencia S.O. Resolución 5398 de 26 Noviembre de 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80793468

BARRAGAN FARFAN
APELLIDOS

RAMIRO
NOMBRES

Ramiro Barragan F

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-ABR-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500118-45104011-M-0080793468-20020617 0144402168A 02 130376260

Cra 18 N° 80 B 34 Sur
3132155402
Famisanar
Protección

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80793468
Nombre:	RAMIRO BARRAGAN FARFAN
Fecha Ingreso:	18/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	15/10/2022 5:21:01 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009304028
9009304028

No. de Radicación: 24967581

Fecha de Radicación: 18 10 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BARRAGAN	FARFAN	RAMIRO	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80793468	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 11 03 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 95 68 A 24	4063033		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 18 M M: 10 A A A A: 2022

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 o afiliados adicionales.	[ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acto administrativo de custodia.	[ ]
62. Copia del 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRAGAN FARFAN RAMIRO** identificado(a) con **CC** número **80.793.468** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2006 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 18 de octubre de 2022.

Cordialmente,



***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

202210181637

Estimado señor(a). Barragan Farfan Ramiro

Asunto: Certificación

El certificado solicitado no fue generado debido a que no se encontró información relacionada con el/la CC con numero de identificacion 80793468.

Para mas información puede comunicarse a través de nuestros medios de atención ubicados en el siguiente enlace.

Saludos,

Departamento Subsidio Familiar
Cafam

"Siempre a tu lado"

PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACION AL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD7

35/000433347033457 3

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ()

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000433347033457 **Fecha:**15/10/2022 **EPS:** FAMISANAR
Paciente: RAMIRO BARRAGAN FARFAN **Identificación:** 80793468 **Edad:** 38 Años
Empresa: CONSTRUCCIONES AMBAR S.AS **Cargo**: OFICIAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NO APLICA (DEC.421/2020)
3.	VISIOMETRIA – OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	SINPATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	A+(POSITIVO)
5.	HEMOGRAMA IV	SINALTERACIONES
6.	GLICEMIA	NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9.	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL OTONEUROLÓGICA	SINALTERACIONES
10.	EXAMEN CLÍNICO DEL EQUILIBRIO POSTURAL	SIN ALTERACIONES
11.	PRUEBA DE VERTIGO:	SIN ALTERACIONES
12.	VARIABLES FISICAS:	**PESO**:71 KG **ESTATURA:** 1.73 CM

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☑	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

-UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS- HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
-SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO
-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO Y AREA DE TRABAJO.
-PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.
-USO OBLIGATORIO DE GAFAS DE PROTRCCIÓN.

¡ALERTA COVID-19!

EL PACIENTE A SU INGRESO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA PARA LA ENFERMEDAD COVID 19

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPI DE MIOLOGI CA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☑

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS () SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 17 DE DIECIEMBRE DEL 2021:

SI: ☑ **NO:** ☐

Jim Roger Sanchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

RAMIRO BARRAGAN FARFAN

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80793468
AFILIADO A LA ARL: COLPATRIA
RAZON SOCIAL: CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S
NIT: 901401153-8
REPRESENTANTE LEGAL:DANIEL GUALTEROS C.C 1032368540

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 19 DEL MES DE OCTUBRE HASTA EL DIA 19 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2022
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (19) DE (10) DEL (2022)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

ANGELICA MARIA BUITRAGO
ENTRENADOR TSA
Licencia S.O. Resolución 5398 de 26 Noviembre de 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.992.231
BENAVIDES VANEGAS

APELLIDOS
NELSON STIVEN

NOMBRES

NELSON STIVEN BENAVIDES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

02-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01268130-M-1000992231-20211123 0076692715G 1 8502876813

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1000992231
Nombre:	NELSON STIVEN BENAVIDES VANEGAS
Fecha Ingreso:	24/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/10/2022 3:46:11 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009319802
9009319802

No. de Radicación: 25007345

Fecha de Radicación: 24 10 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BENAVIDES	VANEGAS	NELSON	STIVEN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000992231	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 21 06 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 95 68 A 24	4063033		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 24 M M: 10 A A A A: 2022

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 o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

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:

NELSON STIVEN BENAVIDES VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.992.231**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Octubre del 2022.

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.

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CENTRO DE ENTRENAMIENTO HACE CONSTAR QUE:

NELSON STIVEN BENAVIDES VANEGAS

Identificado con Cédula de ciudadanía

Nº 1000992231

Cursó y aprobó la acción de formación en

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas

Realizado del (12) del mes de abril de 2022 al (13) del mes de abril de 2022 en la ciudad de Bogotá.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (13) del mes de abril de 2022

Dayan Stephanie Sanchez Perez
C.C. 1.000.619.268
Entrenador TSA
Licencia SO N° 5103

Yeritza Zulien Romero Ávila
C.C. 1030646887
Representante Legal
JRD CONSULTORES SAS

JRD-C0545

De conformidad con la AUTORIZACIÓN N° 08SE2019220000000041782 del 09 de octubre de 2019 emitida por el ministerio de trabajo, con certificación de calidad # 30-539-1 emitida por CELAC con aval de ONAC 18-CPR-002, licencia en salud ocupacional código 30.35359-1 LIC. SST N° 5409 DE 31/05/2019 que autoriza a la empresa JRD CONSULTORES SAS. Para la capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a la resolución 1178 del 2017 y 1409 de 2012.

VERIFICACIÓN
3046191742-8050587
WWW.ALTURASJRD.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.100.264
PALOMINO ACOSTA

APELLIDOS
WILDER

NOMBRES
Wilder Palomino

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1996
ACHI
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-AGO-2014 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-5200120-00920836-M-1002100264-20140810 0029914358A 1 42229525

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1002100264
Nombre:	WILDER PALOMINO ACOSTA
Fecha Ingreso:	24/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/10/2022 4:06:06 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009121105	2|1|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PALOMINO Primer apellido	ACOSTA Segundo apellido	WILDER Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1002100264	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|7|1|9|9|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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CL 82 70 B 69 SUR **Dirección**	3174695 **Telefono fijo**	3174695097 **Telefono celular**	WILDERPALOMINO2018@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **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 AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

CR 95 68 A 24 Dirección	3017844 Teleéfono	CONSTRUCCIONES.AMBAR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009121105

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 ☐		2|4|1|0|2|0|2|2

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 pùblicas 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
Wilder Palomino	Daniel Gualteros. R.

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.

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:

WILDER PALOMINO ACOSTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.100.264**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Octubre del 2022.

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.

012022-273
CONSECUTIVO

1Alturas s.a.s

Nit 901.161844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

WILDER PALOMINO ACOSTA

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 1002100264**

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017.
Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC 09-CPR-008
Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

Nivel **REENTRENAMIENTO TSA.**
Con Una Intensidad de 20 Horas. Del 14 de Ene. al 15 de Ene. de 2022

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (15) días del mes de Enero de (2022)

Luis Alfredo Torres Torres
Director de Operaciones

Juan Carlos Figueroa Castro
Lic SST No. 9206/junio 2021
Entrenador

MINTRABAJO

Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO21.01747 de Bureau Veritas. Acreditado ONAC 09-CPR-008

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com.co o en Cel: 317 447 1167 Pbx:(+57 1) 402 9771

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.908.650
GARNICA HERNANDEZ

APELLIDOS
JORGE ARMANDO

NOMBRES

FIRMA



EPS Famisanar
Pension Porvenir
celular 3228877613
Direccion Cr 83# 65-33
Barrio Boza la Paz



FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-FEB-2012 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01200261-M-1121908650-20210113 0073074100A 1 8501265819

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1121908650
Nombre:	JORGE ARMANDO GARNICA HERNANDEZ
Fecha Ingreso:	24/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/10/2022 4:22:40 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009319803
9009319803

No. de Radicación: 25007346

Fecha de Radicación: 24 10 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GARNICA	HERNANDEZ	JORGE	ARMANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1121908650	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 25 01 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 95 68 A 24	4063033		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 24 M M: 10 A A A A: 2022

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 o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

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:

JORGE ARMANDO GARNICA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.908.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Octubre del 2022.

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.

112021-6378
CONSECUTIVO

1Alturas s.a.s
Nit 901.161844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

JORGE ARMANDO GARNICA HERNANDEZ

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 1121908650**

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para
trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017.
Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC 09-CPR-008
Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

Nivel **REENTRENAMIENTO TSA.**
Con Una Intensidad de 20 Horas. Del 18 de Nov. al 19 de Nov. de 2021

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de
Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (19) días del mes de Noviembre
de (2021)

Luis Alfredo Torres Torres
Director de Operaciones

Juan Carlos Figueroa Castro
Lic SST No. 9206/junio 2021
Entrenador

MINTRABAJO

Certificación NTC. 6072 de 2014 No.
CO21.01747 de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC 09-CPR-008

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com.co o en
Cel: 317 447 1167 Pbx:(+57 1) 402 9771

Escaneado con CamScanner



EPS compensar

A.R.L COLPATRIA

correo nestor25huertas@gmail.com



AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80143842
Nombre:	NESTOR ALEXANDER HUERTAS ROA
Fecha Ingreso:	26/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/10/2022 7:57:25 PM

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:

NESTOR ALEXANDER HUERTAS ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.143.842**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Octubre del 2022.

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HUERTAS ROA NESTOR ALEXANDER, CC - 80143842**, está afiliado(a) desde **25/10/2022**, como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **26/10/2022**

Grupo familiar conformado por:

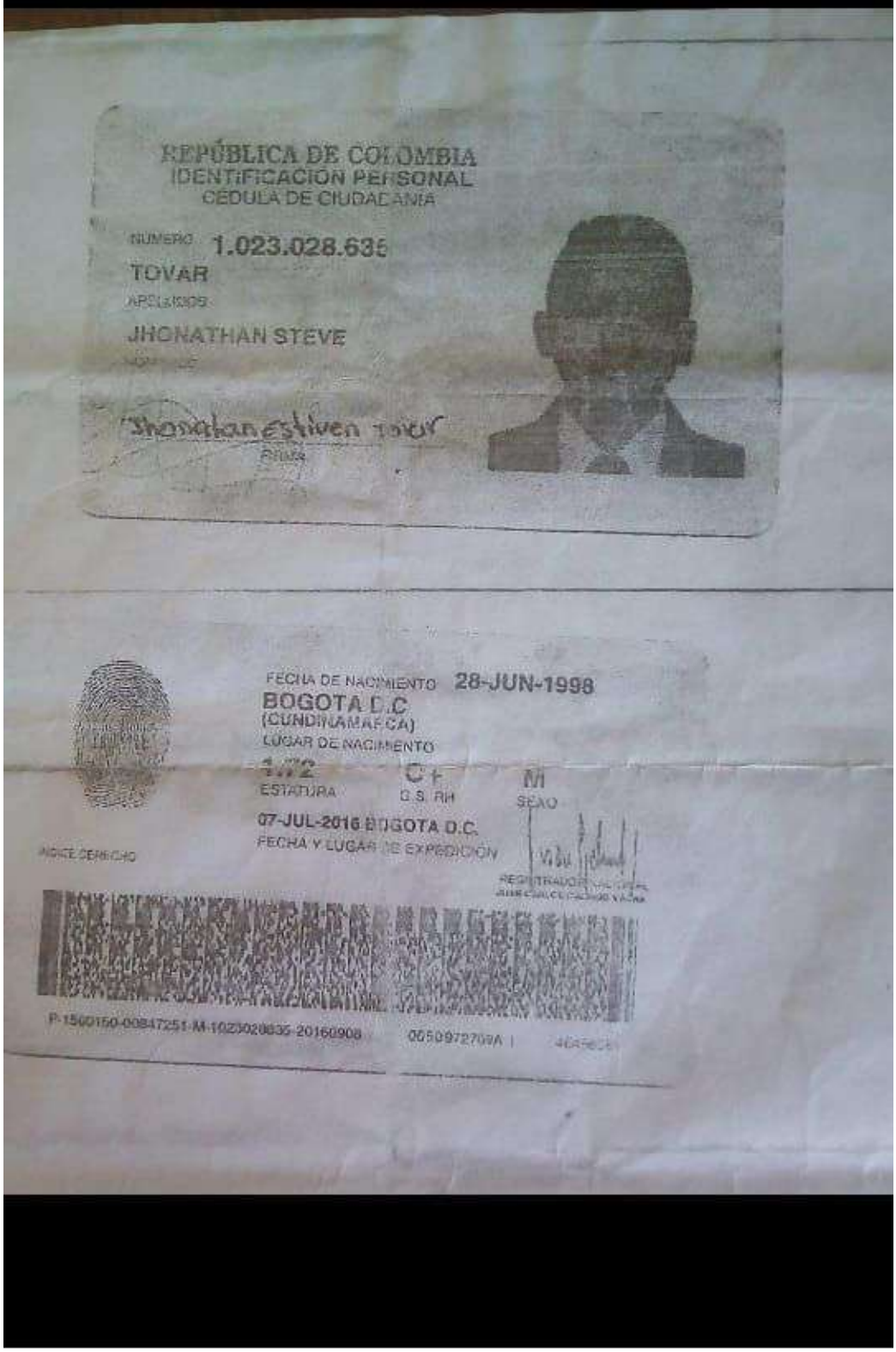
NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de Octubre del 2022** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

4:56 PM | 27.8kB/s
19 %
photos.google.con
7



P-1500150-00847251-M-1023028635-20160908

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1023028636
Nombre:	JHONATHAN STEVE TOVAR
Fecha Ingreso:	28/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	27/10/2022 11:23:57 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009341958
9009341958

No. de Radicación: 25042437

Fecha de Radicación: 31 10 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
TOVAR		JHONATHAN	STEVE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023028635	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 28 M M 06 A A A A 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 95 68 A 24	4063033		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 31 M M 10 A A 2022

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 o afiliados adicionales.	[ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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 acto administrativo de custodia.	[ ]
62. Copia del 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2022-10-28**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**
NOMBRE DEL PACIENTE:	**TOVAR JHONATHAN STEVE**		
IDENTIFICACION:	**1023028636**	**RH:** **O+** **EDAD:** **24** **GENERO:**	**M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1998-06-28**	**TELEFONO DE CONTACTO:**	

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**	**NIT:**	**901401153-8**
ESCOLARIDAD:	**BACHILLER**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**AYUDANTE**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Trigliceridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para el cargo	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg.	**FIRMA:**	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**NOMBRE: TOVAR JHONATHAN STEVE**	
	DOCUMENTO: 1023028636	



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JHONATHAN STEVE TOVAR

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1023028635
AFILIADO A LA ARL: COLPATRIA
RAZON SOCIAL: CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S
NIT: 901401153-8
REPRESENTANTE LEGAL:DANIEL GUALTEROS C.C 1032368540

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 29 DEL MES DE OCTUBRE HASTA EL DIA 29 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2022
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (29) DE (10) DEL (2022)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

ELIZABETH TARAZONA
ENTRENADORA
Licencia S.O Resolucion 9891 de 7 de Julio de 2021


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.897.339
SALAS ROMERO
OWER


25-DIC-1981
SOPLAVIENTO
(BOLIVAR)
1.66
B+
M
19-ENE-2000 SOPLAVIENTO

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	19897339
Nombre:	OWER SALAS ROMERO
Fecha Ingreso:	31/10/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/10/2022 3:14:25 PM

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5822**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901401153 CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S
Afiliado	CC 19897339 OWER SALAS ROMERO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. KRA 95 # 68 A 24
Fecha de ingreso	28/10/2022
Fecha de radicación	28/10/2022 08:12:20 p.m.
Código de Transacción	146784873

Resultado del Reingreso 1

Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 11/2022

Fecha de generación 28/10/2022

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

OWER SALAS ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.897.339**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Octubre del 2022.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.800.574**

CHIMBI BARATO

APELLIDOS

WALTHER

NOMBRES

Walther Chimbi B.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1984**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00193803-M-0080800574-20091105 **0017**15950A 1 33224923

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80800574
Nombre:	WALTHER CHIMBI BARATO
Fecha Ingreso:	01/11/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	31/10/2022 4:42:09 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009187040	0|1|1|1|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CHIMBI Primer apellido	BARATO Segundo apellido	WALTHER Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	80800574	Femenino ☐ Masculino ☒	2|8|0|9|1|9|8|4

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 103 A BIS 16	3142986	3142986056	WALTHERCHIMBI84@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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 Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 FONTIBON - VS FONTIBON	VSFONTIB - VSFONTIB
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 95 68 A 24	3017844	CONSTRUCCIONES.AMBAR@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4009187040

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 ☐		2|6|1|0|2|0|2|2

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
Walther Chimbi B	Daniel Gualteros R.

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

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.

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:

WALTHER CHIMBI BARATO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.800.574**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2022.

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CHIMBI BARATO WALTHER, CC - 80800574**, está afiliado(a) desde **31/10/2022**, como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **31/10/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **31 de Octubre del 2022** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.007.105.527
MUÑOZ
APELLIDOS
YEISON ESTIVEN
NOMBRES
Yeison Stiven Muñoz


FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01262304-M-1007105527-20211103
0075961410A 4
8502145274

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007105527
Nombre:	YEISON ESTIVEN MUÑOZ
Fecha Ingreso:	09/11/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	08/11/2022 08:02:12 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009373915
9009373915

No. de Radicación: 25092986
Fecha de Radicación: 09 11 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MUÑOZ		YEISON	ESTIVEN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007105527	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 21 M M 07 A A A A 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 95 68 A 24	4063033		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 09 M M 11 A A 2022

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 o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

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:

YEISON ESTIVEN MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.105.527**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2022.

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.

Apreciado afiliado

Asunto: Confirmación de afiliación

Número de radicación: 2200611349

Su afiliación ha sido exitosa. El trabajador Muñoz Yeison Estiven identificado con Cédula De Ciudadanía número 1007105527 ha sido afiliado a la Caja de Compensación Familiar Cafam y desde ya podrá disfrutar nuestro portafolio de productos y servicios.

Agradecemos la confianza y estamos seguros que Cafam le estará brindando lo mejor para cumplir sus sueños, lo invitamos a visitarnos y conocer más en www.cafam.com.co

Cordialmente,

Departamento Subsidio Familiar
Cafam

"Siempre a tu lado"

"Este mensaje y sus anexos, enviado mediante correo electrónico, contiene información confidencial. Si usted no es el destinatario autorizado, y recibió este mensaje por error, absténgase de revisarlo, copiarlo, utilizarlo o revelarlo de cualquier forma. Por favor informe al remitente y posteriormente bórrelo de su sistema sin conservar copia del mismo. La utilización o difusión no autorizada de este mensaje está prohibida por la ley. Cafam – Caja de Compensación Familiar, está comprometida con el tratamiento leal, lícito, confidencial y seguro de sus datos personales, dándole cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, y a la normatividad legal vigente que regula y protege el adecuado tratamiento de sus datos personales. Por favor consulte nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales en: https://www.cafam.com.co, en donde puede conocer sus derechos constitucionales y legales, correspondiente al ejercicio de su derecho de habeas data, es decir, de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como la forma de ejercerlos (...)"



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.259.774
HERRERA BARONA

APELLIDOS
JOSE ESTERLING

NOMBRES

FIRMA

ARL
Bolivar
o ARL

Pension
Colpensiones

Salud
Colpensiones
Comenzar

Direccion Cll 48 Bv 509 # 30-8

RH O+

Telefono 3125741193

Acudiente Juana Blanca Herrera 9305854 3144354655



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1956
CANDELARIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00030221-M-0019259774-20080725 0001435594A 1 1310001686

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	19259774
Nombre:	JOSE ESTERLING HERRERA BARONA
Fecha Ingreso:	09/11/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	8/11/2022 10:41:20 AM

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación 09/11/2022

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; 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. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Herrera (Primer Apellido) | Barona (Segundo Apellido) | José (Primer Nombre) | Esteban (Segundo Nombre)
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1.234.774
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 16/03/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Axa Colpatria
16. Administradora de pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'000.000
18. Residencia: Calle 43 Sur No 3-08 Diana Turbay (Dirección) | 3125741193 (Teléfono fijo) | pramon3700@hotmail.com (Correo electrónico) | Bogotá (Municipio / Distrito) | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Diana Turbay (Localidad) | Bogotá (Departamento)

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot		
B		
B		193

39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico

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

35. Nombre o razón social: Construcciones Limitar SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de Identificación: 901.404.152
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

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 [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: 09/11/2022
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: José Esteban Herrera Barona

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: DANIEL GUALTEROS. R.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] 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 acto [illegible] de custodia [ ]
62. Documento en que conste la [illegible] especialidad o del certificado de discapacidad [illegible] los padres o la declaración [illegible] sobre la [illegible] de los padres [ ]
63. Copia de la autorización de tra[illegible] de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una [illegible] autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o [illegible] donde [illegible] la calidad de beneficiario o se ordena [illegible] [ ]

9 NOV 2022
Cod 619 Diana Marcela Velandia Cuellar
SUJETO A VERIFICACIÓN

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: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte DIC 2022 DHO ONEYC.

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ESTERLING HERRERA BARONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19259774,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/1995** 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 08 de noviembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HERRERA BARONA JOSE ESTERLING, CC - 19259774**, está afiliado(a) desde **10/11/2022**, como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **09/11/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **10 de Noviembre del 2022** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

Av. Cra. 68 No. 90-88 - Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000 - cafam.com.co - Bogotá, Colombia

MYM ALTURAS
CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.

NIT 901.103.169-7

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 658417

Autorización de Min Trabajo N°08SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

HERRERA BARONA JOSE ESTERLING

Documento de Identidad No 19259774

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO – AVANZADO

Realizado del 13 al 14 de enero del 2022 en la ciudad de Bogotá D.C.

con una intensidad de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 14 dias del mes de enero 2022

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017

Registro bajo consecutivo B.M-FFLKL

Daniel Gerardo Manrique Jimenez
C.C. 19.269.189
Gerente

Beronica Maya Rodriguez
C.C. 52429692
Reg. Entrenador 08SE201422020-24-EN
Lic. SST 7312 23/08/2019

ACCEI
Asociación Colombiana de Centros de Entrenamiento Integral
Asociado No. ACC-AS-012

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.258.010
CONDE GARZON

APELLIDOS
JULIO CESAR

NOMBRES



FAMISANAR
COLPENSIONES
ENSURA
CLL. 3123791069 - 3008156970 ← ACTUALIZAR AURORA
CRA. 13 - BIS #49-6-44-SUR.
BARIO SORRO
CORREO Jcesarconde92017@gmail.com



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1957
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1976 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-0543955-M-0019258010-20140201 0037516477A 1 1102735426

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	19258010
Nombre:	JULIO CESAR CONDE GARZON
Fecha Ingreso:	09/11/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	08/11/2022 09:20:12 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009373912
9009373912

No. de Radicación: 25092981

Fecha de Radicación: 09 11 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CONDE	Segundo Apellido: GARZON	Primer Nombre: JULIO	Segundo Nombre: CESAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19258010	Femenino [ ] Masculino [X]	D 06 D M 10 M A A 1957 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación				
CRA 95 68 A 24 Dirección	4063033 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del 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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 09 D M 11 M A 2022 A

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 o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR CONDE GARZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19258010,** se encuentra afiliado/a desde **15/10/1980** 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 08 de noviembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CONDE GARZON JULIO CESAR, CC - 19258010**, está afiliado(a) desde **10/11/2022**, como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **B**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **09/11/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **10 de Noviembre del 2022** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

GAVAL

Centro de Formación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas S.A.S

NIT. 901.150.924-1

C E R T I F I C A D O DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO QUE

EL (LA) PARTICIPANTE:

JULIO CESAR CONDE GARZON

C.C. 15.258.010 de Bogota

ASISTIÓ Y APROBÓ LA CAPACITACIÓN EN:

Trabajo Seguro en Alturas - Nivel **REENTRENAMIENTO DE AVANZADO**

Intensidad 20 horas

Realizado en Bogotá los días 10 y 11 de Agosto de 2022

Emitido en Bogotá a los 11 días del mes de Agosto de 2022

CERTIFICACION ICONTEC NTC 6072

Aprobación Ministerio de Trabajo No. CORBSE2019270000000007287

JAVIER LEONARDO RIVEROS GUERRERO
REPRESENTANTE LEGAL

G11V03L22
13AR6.001

GINNA MARCELA SUAREZ
ENTRENADOR CERTIFICADO
Lic. S.O. 13693 de 14/12/2012

Para verificar la autenticidad de este certificado por favor enviar el correo electrónico gerenciagaval@gmail.com o comunicarse al teléfono fijo (601) 573 54 25. Cel. 314 382 87 18. Cr 69 Bis Numero 71-31 sur Barrio carvajal (Bogota)

ANEXO No. 4

- REGISTRO DE ENTREGA DE EPP

- REGISTRO DE INSPECCIONES

-REGISTRO DE CAPACITACIONES AL PERSONAL DE OBRA

-ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

-PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CONSORCIO INSPEKTA S.A.
NIT. 802.555.545-7

INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Codigo: SST-FO-INS-01	
Version: 01	
Fecha:05/01/2020	
Página 1 de 1	

RAZÓN SOCIAL:

INSPECTOR SST ENCARGADO: **FIRMA:**

INSTRUCCIONES: Marque bajo cada EPP (B): Si el estado de el EPP es Bueno, (R): Si el estado del EPP es regular, (M): Si el estado del EPP es Malo y (N/A): En caso de no aplicar el EPP al cargo inspeccionado



Nº	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE INSPECCIÓN	1 CASCO	2. BARBUQUEJO	3. GAFAS DE SEGURIDAD TRANSPARENTE	4. GAFAS DE LENTE OSCURO	5. GUANTES DE VAQUETA	6. GUANTES DE POLIURETANO	7. GUANTES DE CAUCHO	8. TAPABOCAS BÁSICO	9 PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	10. PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	11. CAMISA MANGA LARGA CON REFLECTIVO	12. JEAN OVEROL CON REFRACTIVO	13 BOTAS DE SEGURIDAD CON PUNTERA	14 OTROS Overol	ULTIMO CAMBIO REALIZADO	OBSERVACIONES
1	Oscar Valbuena	1022933529	OF	Oscar	26-10-2022	B	B					B							B		
2	Ronald Gonzalez	1010235943	OF	Ronald	26-10-2022	B	B	B	B	B									B		
3	Wilder Rebolledo	1006700260	of	wilder	26-10-2022	B	B												B		
4	Jose Ivan Diaz	79500142	OF	Jose	26-10-2022	B	B	B	B	B									B		
5	Jorge Torres M	79.769.207	Maestro	Jorge	26.10.2022	B	B	B	B			B							B		
6	Jairo Garcia	11260865	OF		26/10/22	B			B										B		
7	Nelson Sturan	1000402174	AYU	Nelson	26/10/22	B	B	B	B				B						B		
8	NEIVER Ravelo	1193239633	AX	NEIVER	27/10/22	B	B	B	B			B							B		
9	Jorge Garnica	1121908650	of		29/10/22									B							
10	Jonathan Tovar	1023028635	Mudante		31/10/22	B	B	B	B										B		
11	Over Salas	19897339	OF		31/10/22	B	B	B											B		
12	Walther Chumbi	80800574	of		01/11/22														B		
13	Jose Perez	79500142	OF		02/11/22				B											USO	
14	Jose Daniel Perez	79742171	of		11/11/22	B	B					B	B								
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste, además se compromete a darle el uso adecuado y en caso de daño o pérdida intencional el trabajador debe reponerlos en el menor tiempo posible

Manifiesto que, recibí capacitación en el uso y manejo de los elementos de protección personal , por esa razón entiendo los riesgos que implica el **NO** uso de los Elementos de Protección Personal (EPP) y por ende seré el responsable del uso y mantenimiento de los elementos que me sean entregados, además, estoy consciente que el **NO** uso de los EPP, de acuerdo a las actividades realizadas, puede conllevar a sanciones de tipo disciplinario y constituye causal de terminación de contrato

	INSPECCION PREOPERACIONAL DE EQUIPO PULIDORA	2022 VERSION 1 FT-SST-014

EQUIPO: Pulidora

PROYECTO U OBRA Alcaldia Punto A SEMANA 31 a 05 11 /2022

CONTRATISTA Ingenieros xL SERIE _____ MARCA Makita

ASPECTOS A INSPECCIONAR		aplica		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
INSPECCION VISUAL AL EQUIPO		SI	NO	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
ESTADO DEL CABLE	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DE CONEXIONES	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DEL BOTON ENCENDIDO	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DE MADRIL	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
DISCO DE CORTE	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GUARDA DE SEGURIDAD	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓			✓	✓		✓		✓		✓		✓			
EXTINTOR	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓			✓	✓		✓		✓		✓		✓			
Visto bueno del operador				Oscar		Oscar		[illegible]		Oscar		Oscar		Oscar			
Visto bueno del operador																	

OBSERVACIONES No cuenta con la guarda se solicita y extintor.

C : CONFORME
NC: NO COMFORME

Oscar
FIRMA DEL OPERADOR

Olga Rozo
FIRMA DEL INSPECTOR

	INSPECCION PREOPERACIONAL DE EQUIPO PULIDORA	2022
		VERSION 1
		FT-SST-014

EQUIPO: Pulidora

PROYECTO U OBRA Aralia Plant A **SEMANA** 31 al 5 11 2022
CONTRATISTA Ingenieria XL **SERIE** _____ **MARCA** Truper

ASPECTOS A INSPECCIONAR		aplica		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
INSPECCION VISUAL AL EQUIPO		SI	NO	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
ESTADO DEL CABLE	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
ESTADO DE CONEXIONES	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
ESTADO DEL BOTON ENCENDIDO	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
ESTADO DE MADRIL	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
DISCO DE CORTE	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
GUARDA DE SEGURIDAD	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
EXTINTOR	VERIFIQUE QUE SU ESTADO SEA APTO PARA REALIZAR LA LABOR	✓		✓		✓				✓		✓					
Visto bueno del operador				wilder		wilder				wilder		wilder					
Visto bueno del operador																	

OBSERVACIONES

C : CONFORME
NC: NO COMFORME

wilder
FIRMA DEL OPERADOR

Oly Rozo Pinto
FIRMA DEL INSPECTOR

INSPECCIÓN DE ESCALERAS

	Código: SST-FO-53
	Versión: 01
	Fecha:01/11/2022
	Página 1 de 1

RAZÓN SOCIAL: Ingeniería XI	ÁREA: Taller
FECHA: 10 - 11 - 2022	HORA: 8:00 Am
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Julio Conte	C.C. TRABAJADOR: 19[illegible]

INSPECCIONES DE ESCALERAS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Las escaleras están bien construidas y diseñadas para los fines que se utilizan?	✓		
¿Disponen de pasamanos o barandas adecuados?	✓		
¿Están los travesaños en buen estado?	✓		
¿Están las zapatas en buen estado?	✓		
¿La escalera está amarrada a una estructura de soporte fijo y seguro.?			
¿Los peldaños son uniformes, antideslizantes, estan fijos y sin movimiento?			
¿Si es una escalera de extensión está en buen estado la polea?			
¿Los escalones están espaciados y distribuidos uniformemente a lo largo de la escalera?	✓		
¿Los escalones están libres de clavos, bordes agudos, nudos o proyecciones que causen riesgo?	✓		
¿La escalera no esta sobre elementos inestables o móviles como cajas, ladrillos, tablas etc.?		✓	
¿El borde extremo superior de la escalera esta fijo y debidamente sujeto o amarrado a una estructura firme?	✓		
¿Quedan mínimo 60 Centímetros de escalera por encima del punto final de apoyo superior?	✓		
¿Las barandas usadas como ayuda en el ascenso proveen adecuado agarre y están libres de bordes agudos?	✓		
¿Las escaleras están limpias de aceite, grasa, y otras substancias peligrosas que pueden causar resbalones?	✓		
¿Las escaleras son usadas únicamente para el propósito para el que son designadas?	✓		
¿Las escaleras usadas cerca de pasadizos, entradas, o zonas comunes están protegidas de manera que los transeúntes o vehículos no las puedan golpear?	✓		
¿Las escaleras que podrían estar en contacto con equipo eléctrico energizado, tienen largueros que no son conductores de electricidad?			
¿El ascenso y descenso de la escalera se realiza de cara a la misma teniendo libres las manos y utilizándolas para subir o bajar los escalones?	✓		
¿Las escaleras de tijera tienen un separador de metal o un dispositivo de bloqueo de suficiente tamaño y fuerza para sujetar la sección delantera y la trasera en posiciones abiertas?	✓		
¿Las bisagras y soportes estan debidamente asegurados?	✓		
¿Las escaleras sin auto-soporte estan colocadas en un ángulo aproximado de 75 grados?	✓		
¿La escalera se encuentra de forma que se pueda acceder fácilmente al punto de operación sin tener que estirarse o colgarse?	✓		
¿Se verifica que no existan peldaños flojos, mal ensamblados, rotos, con grietas o indebidamente sustituidos por otros elementos?	✓		
¿Los sistemas de sujeción, apoyo y elementos auxiliares como poleas, cuerdas etc, necesarios para extender algunos tipos de escaleras se encuentran en buen estado?	✓		
¿Las escaleras defectuosas son marcadas como defectuosas, llevan el rótulo "No Usar," o no son usadas hasta que sean reparadas?	✓		
¿Los empleados saben los peligros asociados con el uso de escaleras y se siguen los procedimientos para minimizarlos?	✓		

Ante la presencia de cualquier defecto de los descritos se deberá retirar de circulación la escalera. Esta deberá ser reparada por personal especializado o retirada definitivamente.

OBSERVACIONES GENERALES:	

ACCIONES A TOMAR PARA CORREGIR LAS DEFICIENCIAS DETECTADAS

Olga Yamile Baro Pinto

Firma de quien realiza la Inspección

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
	FORMATO N°:	FT-SST-057	
	SG-SST		
FORMATO INSPECCIÓN HERRAMIENTAS		Fecha:	Enero 25/2020
		Versión	001
			Pagina 1 de 1

FECHA: 10 - de Noviembre 2022
OBRA Alcaldía Puente Nacta
AREA INSPECCIONADA Oficinas - Patios
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Olga Yamile Roza Pinto

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO	
A	**HERRAMIENTAS MANUALES**	B	M
1	Se usa la adecuada al trabajo	✓	
2	Se encuentran en buen estado	✓	
3	Se guardan y portan adecuadamente	✓	
4	Los mangos no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.	✓	
B	**HERRAMIENTAS DE CORTE**	B	M
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo		
2	Los cinceles se encuentran afilados		
3	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos		
4	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias		
5	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos		
6	Los cuchillos disponen de mangos y fundas		
C	**HERRAMIENTAS DE GOLPE**	B	M
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	✓	
2	Sus caras y bordes están en buen estado	✓	
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	✓	
D	**HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES**	B	M
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas		
2	Se observan en la llave huellas y palancas		
3	Se dispone de llaves para golpear		
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deterioradas		
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente		
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado		
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.		
E	**HERRAMIENTAS ELECTRICAS**	B	M
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)	✓	
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	✓	
3	Están limpia y lubricadas	✓	
4	Tienen sus guardas	✓	
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas	✓	
6	El cable y enchufe no presentan daños	✓	
7	En los taladros se observa el mandil con golpes	✓	
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños	✓	
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados	✓	
10	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas.	✓	
11	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados	✓	
F	**HERRAMIENTA NEUMATICA**	B	M
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado		
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta		
3	Se trabaja a las presiones indicadas		
4	La herramienta es descargada al terminar.		

OBSERVACIONES

Olga Yamile Roza
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

RESPONSABLE DEL SG-SST

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	**Fecha:**	Octubre /26/2022
	Versión:	001
		Pagina **1** de **1**

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Alcaldia Puente Aranda	26	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Presentacion del Personal Encargado SST Normas de seguridad y salud en el trabajo Uso de Elementos de Proteccion Personal
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Oscar valbuena	1022 933 529	OF	Oscar
2	Jorge Hernan Torres M.	79.769.707	MAESTRO	Jorge Hernan Torres
3	Wilder Palomino	1002 1002 64	OF	Wilder
4	Jose Joe Perez	79500 142	OFEC.	Jose Perez
5	Ronald Gonzalez	V0102359145	OF.	Ronald
6	[illegible]	1.071.978.550	OF	[illegible]
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	**Fecha:**	Octubre /26/2022
	Versión:	001
	Pagina **1** de **1**	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	27	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál?
Charla de seguridad	X	Uso de Elementos de protección Personal.
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Ronald Gonzalez	1010235945	O.F	
2	Jorge Cabrica	1121908650	OF	
3	Wilder Palomino	1002100264	OF	
4	Oscar Valbuena	1022 933 529	OF	Oscar
5	NELSON STIVEN ISIV	1000992791	AY	Nelson SF
6	Jose Hernandez	79506142	OFC	
7	NEIVER ANDRES RAMOS	1193739633	AX	NEIVER
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	**Fecha:**	Octubre /26/2022
	Versión:	001
	Pagina **1** de **1**	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Alcaldia Puente Aranda	28	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál?
Charla de seguridad	X	Que Son las pausas Activas Beneficios
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jose Yovanni G	79500 112	OPC	
2	Oscar Valbuena	1022 933 529	OF	Oscar
3	Nelson Steven B.V	1000997731	AYC	
4	JORGE GARCIA	1121988656	OFC	
5	Wilder Palomino	1002100264	of	
6	Ronald Gonzalez	1010235945	O.F	
7	Neiver Andres Ramos	1093239633	Aprendiz	NEIVER
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	**Fecha:**	Octubre /26/2022
	Versión:	001
	Pagina **1** de **1**	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	29	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál?
Charla de seguridad		Casco
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		Utilizar el Casco en el sitio de trabajo
Seminario / Taller / Curso		Medidas de Precaución con el casco
Capacitación y Entrenamiento en SST		limpieza y desinfección del casco
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jose Noe Lopez	79506417	OFC	
2	Hdson Orjuela DV	1000977231	AYC	
3	Oscar valbuena	1022 937 529	OF	Oscar
4	Ronald Gonzalez	1010235945	O.F	
5	Jorge Garcia	1179386	ofc	
6	Wilder Palomino	1002100276	of	
7	Jorge Hernan Torres M.	79769207	Maestro	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo		
	FORMATO:	FT-SST-015	
	SG-SST		
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022	
	Versión:	001	
	Pagina 1 de 1		

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	31	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Uso Elementos Proteccion Personal Uso de gafas de seguridad medidas de prevención
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1				
2	Jose Noe Perez C	79500142	OFC	
3	Nelson Steven [illegible]	[illegible]	AYU	
4	Oscar Valbuena	1022 933 529	OF	
5	Jhonatan Tovar	1023028 63	AYU	
6	Wilder Palomino	1002100264	OF	
7	Ronald Gonzalez	1010235945	OF	
8	Erick Salas Romero	19A93339	OF	
9	Jorge Garnica	1.121908650	OF	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: Olga Yamile Rozo Pinto	Firma

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo		
	FORMATO:	FT-SST-015	
	SG-SST		
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022	
	Versión:	001	
	Pagina 1 de 1		

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Alcaldia Puente Aranda	31	10	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Normas de Seguridad en el Sitio de Trabajo - Reglamentos - politicas SG-SST Presentacion de la Empresa
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jhonatan Tovar	1023028635	AYU	Jhonatan
2	Oscar Solas Lomeo	19897339	Oficial	Oscar Solas
3	Walther Chimbi B	80800574	instalador	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: Olga Yamile Rozo Pinto	Firma

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
		Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	01	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál?
Charla de seguridad	X	Uso de las gafas de seguridad en su sitio de trabajo. y Cuidado de las manos
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Oscar Valbuena	1022 933 529	OF	Oscar
2	Angie Salcedo Lemelo	1148997339	OF	
3	Wilson Suarez Gil	1000887751	AYU	
4	Walther Chimbi B	80800574	instalador	
5	Wilder Palomino	1002100264	OF	
6	Jose Monroe	79500142	OFC	
7	Jhonatan Stiven Tovar	1023028635	AYU	Jhonatan
8	Jaime Garnica	1121908650	OF	
9	Jorge Mirando Torres M.	74769207	MAESTRO	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT-SST-015
	SG-SST
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	**Fecha:** Octubre /26/2022 **Versión:** 001 Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Ricaurte Puente Aranda	02	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Manejo de Herramientas y Equipos
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Oscar Valbuena	1002 933 529	OF	Oscar
2	Wilson Sierra Gil	1000907231	AYU	
3	Oliver Salas Romero	1099 7339	OF	
4	Wilder Palomino	1002100264	OF	
5	Jorge Hernan Torres M	79764 207	Maestro	
6	Jorge Garnica	1121908650	of.	
7	Walther Chimbi B	80800574	Instalador	
8	Jose Noe Perez	79500142	Of	
9	Jhonathan Tovar	1023028635	Ayudantes	Jhonatan
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	03	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál?
Charla de seguridad	X	Orden y Aseo en los puestos de trabajo
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Oscar valbuena	1022933529	OF	Oscar
2	Nelson Steven V.V	1000997731	AYU	
3	Duvan Salas Romero	1098997339	OF	
4	Wilder Palomino	1020100764	OF	
5	Jorge Hernan Tenesaca	79769207	Maestro	
6	Jorge Garnica	1121908650	of	
7	Walther Chimbi B	80800574	Instalador	
8	Jose Noe Perez	79300142	Of.	
9	Jhonathan Tovar	1023028633	Ayudante	Jhonatan
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: Olga Yamile Rozo	Firma

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldia Puente Aranda	08	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Presentacion de la empresa - Horarios Normas de SG-SST Reglamento Politicas en SG-SST
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jose Herrera	19259774	Oficial	
2	Julio Conde	19239010	Oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad	
Nombre: Olga Yamile Rozo Pinto	Firma: Olga Rozo Pinto

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
		Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Alcaldía Puente Aranda	09	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? El Cuidado de manos Prevenir accidentes
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo	X	
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Walther Chimbi B	80800574	instalador	
2	Oscar valbuena	1022 933 529	OF	OSCAR
3	[illegible]	1019 1339	OF	
4	[illegible]	1000922731	[illegible]	
5	Thanatan stiven Tovar	1023028635	AYU	Thanatan
6	[illegible]	79 605 [illegible]	OFC	
7	[illegible]	1769207	MAESTRO	
8	Julio C. CONDE	1925 8010.	OF	
9	Jote Hernan	1420 4774	OS	
10	Wilder Palomino	1002100264	OF	Wilder
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
		Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Alcaldía Puente Aranda	10	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Trabajo en equipo liderazgo
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Nelson [illegible]	1000992731	AYU	[illegible]
2	Yeison Muñoz	1007705527	plomero	[illegible]
3	Conchita Palomino	1002100264	OF	[illegible]
4	[illegible]	1121908650	OF	[illegible]
5	Jhonatan Tovar	1023028635	AYU	Jhonatan
6	Jose Herrera	19259774	OF	[illegible]
7	Julio Conde	19258010	OF	[illegible]
8	Walther Chimbi B	80800574	instalador	[illegible]
9	[illegible]	79769207	Maestro	[illegible]
10	Oscar valbuena	1022933529	OF	Oscar
11	[illegible]	79500142	OTC	[illegible]
12	Raul Sales Romero	19097334	OF	[illegible]
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	[signature]

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo		
	FORMATO:	FT-SST-015	
	SG-SST		
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022	
	Versión:	001	
		Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Arakla Puente Aranda	11	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Presentación de la Empresa Normas en SG-SST Reglamentos - Procedimientos - Horarios
Charla de seguridad	X	
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	JOSE DANIEL HERNANDEZ	.79202171	OFICIAL	JOSE D
2	Luis Emilio Vega	1066728880	oficial	Luis Vega
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Rozo Pinto	

	Sistema de Gestión de la Seguridad Y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	FT-SST-015
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	Octubre /26/2022
	Versión:	001
		Pagina 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Alcaldia Puente Aranda	11	11	22

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Prevencion En Consumo de Alcohol y drogas
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Julio. CONDE.	19254010	OF.	
2	Josiphen B	14247774	OF	
3	Jhonatan Tovar	1023028635	AUX	
4	Oneiba Ibis Romero	19797339	OF	
5	Oscar Valbuena	1022 933 529	OF	Oscar
6	Jose Noe Perez	~~CE~~ 49500 en	OFC	
7	Yulian Stiven Uzu	1000997231	AUX	
8	Wilder Palomino	1002100264	OF	Wilder
9	Jorge Garnica	1121928 ~~CC~~	OF	~~Jorge~~
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Olga Yamile Roza Pinto	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

INICIO	FINAL	EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
26/10/2022	29/10/2022	Consorcio Ingenieros XI	Pasillos	2

ACTIVIDAD A REALIZAR

Desmonte laminas y Estructura. para Cambio de laminas del techo.

DESCIPCION DEL TRABAJO

Quitan laminas - se raspa para quitar restos que queden de las laminas - se quita la estructura

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1. Espatula
2. Escoba
3. Arrucho
4. Llaves
5. Nivel
6. Boquilleras
7. Escuadra
8.
9.
10.

EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1. Taladro
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspección del Area de trabajo y herramientos ha utilizar Inspeccion de linea de vida - Eslinga - Arnes Punto de Anclaje. Desmontan laminas y se raspa - Aplicacion de masilla Untan y lijan laminas Tareeles, muros, te	Riesgo locativo Caidas al mismo o diferente nivel Riesgo Biomecanico movimientos repetitivos Posturas prolongadas Riesgo en Alturas caidas a diferente nivel - Muerte. Riesgo Biomecanico Riesgo Mecánico Riesgo de herramientas Riesgo Quimico Intoxicacion	Caida - golpe - Heridas Fractura Espasmos - Ilemico - dolores musculares - calambres - lumbalgias. Muerte. Movimientos repetitivos lumbalgias. Golpes - heridas - atrapamientos - machucones Fracturas Uso de tapabocas	Verificación del sitio de trabajo, las herramientas en orden Pausas activas antes de iniciar la jornada laboral Cambio periodico de posicion Uso de elementos de Proteccion Personal Uso de Elementos de Proteccion contra caidas Orden y aseo del sitio de Trabajo	Encargado del area Inspector SST Inspector SST Inspector SST Encargado del área

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jorge Garnica	1121908650	oficial	
2.	Wilder Palomino	1002100264	Oficial.	
3.				
4.				
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
26/10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	olga Rozo

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inpector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
26/10/2022	29/10/2022	Consorcio Ingeniería XI	Cubierta Alcaldía puente Aranda	3

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Impermeabilizacion de Cubierta	Quitan tejas - Manto - limpian - Aplican el sobrepiso

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Pala - Valdes	6. Boquilleras	1.	6.
2. Balega Nivel	7. Martillo	2.	7.
3. Talustre Metro	8.	3.	8.
4. Agua - Plastico	9.	4.	9.
5. Carretilla	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Quitan las tejas-manto de la cubierta limpian las canales llegan material y ubicado hasta punto de trabajo Realiza Mezcla de Arena Cemento Aplican la mezcla de Arena Cemento en los vigas Canales Se aplica el Sobrepiso	Riesgo locativo Caidas a diferente nivel Riesgo Biomecanico Postura Prolongadas movimientos repetitivos Riesgo en Altura caidas a diferente nivel Riesgo Quimico manejo Sustancias quimicas Riesgo mecánico Manejo de herramientas	Caidas al mismo nivel desorden Esguinces - lumbalgias Fatigas Dolores musculares Muerte - Caida a diferente nivel Inhalacion, de sustancias quimicas - Intoxicacion Golpes - atrapamientos caidas	Inspeccion del sitio de trabajo herramientas Pausas activas antes de iniciar la Jornada laboral cambio periodico de posicion Uso de Elementos contra caidas Uso de Elementos de Proteccion Personal Uso de tapabocas Concentracion al realizar la tarea Orden y aseo del sitio de trabajo	Encargado del Area de trabajo Inspector SST Inspector SST Inspector SST Encargado del área de trabajo

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jose Noe Perez	79500142	Oficial	
2.	Oscar Valbuena	1022933529	Oficial	OSCAL
3.	Nilson Benavidez	1000992231	Ayudante	
4.				
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
26/10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

INICIO	FINAL
7/10/2022	29/10/2022

EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD: Consorcio Ingenieros XI

AREA DE TRABAJO: Cubierta Jal de Alcaldía de Puente Aranda

N°: 2

ACTIVIDAD A REALIZAR: mpieza de Canales

DESCIPCION DEL TRABAJO: Inspección Sitio de Trabajo - Recoge y limpian las Canaletas de la Jal

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1. Galoche
2. Barlete
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
pección Sitio de bajo acción de herramien , Puntos de anclaje. , linea de vida eza de la canaleta la jal	Riesgo locativo Caidas a diferente nivel Riesgo Biomecánico Movimientos repetitivos Posturas Prolongadas Riesgo Mecánico Manipulación de herramientas Riesgo en alturas Caidas a diferente nivel muerte	Riesgo locativo Caidas - golpes Fracturas Riesgo Biomecánico Espasmos - lumbalgias Dolor muscular Riesgo mecánico Atrapamientos - Machacones Golpes - Fracturas Riesgo alturas Caida - Muerte.	Verificacion de las Condiciones del sitio de trabajo herramienta Epp, Eppc Realizar pausas activas antes de Iniciar la Jornada laboral Uso de Elementos de Proteccion Contra Caidas Uso de Elementos de Proteccion Personal Concentracion al realizar la actividad - supervision	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Inspector SST Encargado del area

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
Neimer Andres Ramos	1093239633	Ayudante	NEIMER
Jorge Torres	79769207	Maestro	Jorge Hernan Torres M.

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

INICIO	FINAL
28/10/2022	29/10/2022

EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD: Consorcio Ingenieros XI

AREA DE TRABAJO: Oficinas y pasillos JAL Alcaldia

Nº: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Pintan y lijan techos y muros

DESCIPCION DEL TRABAJO: Refuerzan Estructura - Colocan cinta de Papel o malla - Masillan - lijan y Pintan

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1. Espatulas
2. Brocha
3. Rodillos
4. Taladro
5. Llana
6.
7.
8.
9.
10.

EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD

1. Taladro
2. Pilas recargables
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ EXCAVACIONES ☐ IZAJE DE CARGA ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspeccion del Area de trabajo - Reforzando Estructura Colocando cinta malla y cinta de papel - masillan techos. - lijan techos y muros Pintan techos y muros terminan actividad, dejan lugar ordenado y aseado.	Riesgo locativo Caidas en mismo o diferente nivel (Escalones - Bancos - Canecas) Riesgo Biomecanico movimientos repetitivos Posturas Prolongadas Riesgo Mecanico Riesgo de herramientas Riesgo Quimico Sustancias Quimicas Riesgo locativo Caidas al mismo nivel	Riesgo locativo Verificación del sitio de trabajo herramientas Golpes machucones, Heridas Riesgo Biomecanico posturas Prolongadas Movimiento repetitivos Riesgo mecanico Atrapamiento - Machucones Caidas - Fracturas Riesgo Quimico Intoxicacion - dolor de Cabeza locativo - caidas	Verificación del sitio de trabajo (herramientas) Organizacion de las herramientas Realizar pausas activas Cambio Periodico o constante de Posicion Uso de Elementos de Proteccion Personal Inspeccion de herramientas Uso de tapabocas o mascarilla con Filtro Organización Sitio de trabajo	Encargado del Aréa Encargado del Aréa Inspectora SST Inspector SST Inspector SST Encargado del Aréa

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Wilder Palomino	1002100264	Oficial	
2.	Jorge Carnica	1121908650	Oficial.	
3.	Ronald Gonzales	1010235945	Oficial	
4.				
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
28/10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspectora SST	OlgaRozo

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO INICIO	FINAL	EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
31/10/2022	05/11/2022	Consorcio Ingenieros XI	Cubierta alcaldia puente Aranda	5

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Limpieza e Impermeabilizacion de Viga - Canales	Limpian - Preparan Mezcla → aplican el Sobre piso en las viga Canales

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Valdes - Nivel	6.	1.	6.
2. Palustre - Metro	7.	2.	7.
3. Martillo Boquilleras	8.	3.	8.
4.	9.	4.	9.
5.	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspeccion Sitio de Trabajo Quitan las tejas - manto limpian las viga Canales. Preparan Mezcla Cemento y Arena aplican la mezcla.	Riesgo locativo Caidas diferente nivel Riesgo Biomecanico movimientos repetitivos Posturas prolongadas Riesgo Altura Caidas diferente nivel Riesgo Mecánico Manejo de herramienta Riesgo quimico manejo sustancias quimicas	Desorden, Caidas golpes Fracturas, muerte Espasmos - lumbalgias dolores musculares Caida diferente nivel muerte Intoxicacion - dermatitis por contacto - Dolor de Cabeza Golpes - atrapamiento - Heridas - Fracturas	Verificacion del area de trabajo - herramientas EPPS, EPP Pausas activas antes de Iniciar la jornada laboral. Uso de elemento de, proteccion contra caidas Uso de tapabocas o mascarilla Concentracion al realizar la labor - uso de EPP Orden y Aseo	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Inspector SST Encargado del Area

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jose Noe Perez	79500142	Oficial	Jose Noe Perez
2.	Oscar Valbuena	1022933529	Oficial	OSCAR
3.	Nelson Stiven Bernandez	1000992231	Ayudante	Nelson Stiven
4.	Jonathan Tovar	1028028635	Ayudante	Jhonatan
5.	Omer Salas	19897339	Oficial	

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
31/10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO: OLGA YAMILE ROZO. Inspector -SST
REVISO: OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST
APROBO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
31/10/2022	05/11/2022	Consorcio Ingenieros XI	Baños - Halls - pasillos	4

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Estructurar Y Pintar JAL	Arma Estructura - Tiratea - Cuelga la estructura - Se Colocan laminas - masilla - lija y Pinta

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Espatulas	6.	1. Taladro	6.
2. Llanas	7.	2. Pulidora	7.
3. Metro	8.	3. Pik inhalambrica	8.
4. Rodillo	9.	4. Cargador	9.
5. Brocha	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspeccion del sitio de trabajo	Riesgo locativo	Riesgo locativo	Verificacion del sitio	Encargado del Area
se nivela y se coloca la estructura del techo	Caidas al mismo nivel o diferente nivel (Caneos - Escaleras)	golpes - Heridas - caidas	de trabajo, Herramientas EPP, EPPC)	Inspector SST
se coloca cinta malla y papel se masilla,	Riesgo Biomecanico Postura, Prolongada Movimiento repetitivos	Riesgo Biomecánico Esfuerzos - Hernias Dolor muscular	Pausa activa ante de Iniciar la Jornada laboral	
se lija y pinta techos	Riesgo Quimico Manejo sustancias Quimicas	Riesgo Quimico Intoxicacion Dermatitis por contacto	Uso de tapabocas o mascarilla con Filtro	Inspector SST
se lija y pinta pared	Riesgo Alturas Andamios	Riesgo Alturas caidas al mismo o diferente nivel - Muerte	Uso de EPPC Uso de elemento de Proteccion individual	Inspector SST
termina actividad orden y aseo.	Riesgo locativo Caidas al mismo nivel		Mantener el lugar de trabajo ordenado y limpio	Encargado del Area

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jonathan Tovar	1023028635	Ayudante	Jhonathan Tovar
2.	Wilder Palomino	1002100264	Oficial	
3.	Jorge Fonseca	1121908650	Oficial	
4.	Ronald Gonzalez	1010235945	Oficial	
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
31/10/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inspector SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
8/11/2022	12/11/2022	Consorcio ingeniería XI	Cubierta Alcaldía Puente Aranda	3

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Valdes	6. Boquilleras	1.	6.
2. Nivel	7.	2.	7.
3. Palustre	8.	3.	8.
4. Metro	9.	4.	9.
5. Martillo	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [ ] EXCAVACIONES [ ] IZAJE DE CARGA [ ] TRABAJO EN CALIENTE [ ]

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
spección del sitio trabajo pian Canales, quitan gas, Mugre. reparan Mezcla con nto y Arena plican la mezcla.	Riesgo locativo Caidas al mismo nivel desorden Riesgo Mecanico Manejo de herramienta Manual Riesgo Biomecánico Posturas Prolongadas Movimiento repetitivos Riesgo Alturas Caidas diferente nivel Riesgo Quimico Manejo de sustancias Quimicas	Desorden, Caidas, Tendo Machucones -golpes- Cortadas - luxaciones - Fracturas Amputaciones Dolores Musculares- posturas Prolongadas Espasmos. Muerte Intoxicación - Alergias Dolor de cabeza	Verificación del Stio de trabajo - Herramientas, Elementos de Proteccion contra Caidas. Realizar pausas activas antes de Iniciar la Jornada laboral. Uso de Elementos de protección personal y Elementos de proteccion contra Caidas Uso de tapabocas o mascarilla	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Inspector SST

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad

•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
Oscar Valbuena	1022933529	Oficial	Oscar
Omar	19897339	Oficial	
Nelson Julian Benavidez	1000992231	Ayudante	

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
8/11/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
OLGA YAMILE ROZO Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
08/11/2022	12/11/2022	Consorcio Ingeniería XI	Cocina	2

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Estructurar y Pintar alcaldía de Puente Aranda.	Estructura - Tyco - Pintar

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Espatula	6. Bisturí	1. Taladro	6.
2. Tijeras	7. Llaves	2. Pistola de Tyección	7.
3. Metro	8. Destornillador	3. Tela recogable	8.
4. Alicates	9.	4.	9.
5. Nivel - tyeras	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ EXCAVACIONES ☐ IZAJE DE CARGA ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspección del sitio del trabajo Se nivela de estructura muro se cabeza Cinta malla y de Papel. Se liga y se pinta Termina actividad Orden y Aseo	Riesgo locativo Cargas diferente nivel Riesgo Biomecánico Movs repetitivos Posturas Prolongadas Riesgo Mecánico Manipulación de herramientas Riesgo Químico Manejo de sustancias	Desorden, caidas, golpes Fracturas Esguinces lumbalgias Dolor muscular Machucones - golpes Fractura - luxación Intoxicación - Alergia Dolor de Cabeza	Verificación del sitio de trabajo Pausa activas antes de iniciar la jornada laboral. Uso de elementos de Protección Personal Cambio Periodico de posicion Uso de tapabocas Orden y Aseo	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Encargado del Area

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jorge Garnica	1121908650	Oficial	
2.	Wilder Palomino	1002100264	Oficial	
3.				
4.				
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
08/11/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO Inpector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
8/1/2022	12/1/2022	Consorcio Ingeniera XI	Baño alcaldía Planta Arenal	2

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Tubería de Baño	Armar Tubería de Baño

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
Pala	6.	1.	6.
Valdes	7.	2.	7.
	8.	3.	8.
	9.	4.	9.
	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ EXCAVACIONES ☐ IZAJE DE CARGA ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspeccion del Area de Talago, limpieza del rea Armar tubería sentido la coga de inspeccion man la tubería hidra-ica	Riesgo locativo Caidas al mismo nivel Riesgo mecanico manejo de herramienta Riesgo Biomecanico movimiento repetitivos Posturas Prolongadas Riesgo Quimico Inhalacion de polvo organico	Caidas - golpes - Heridas Fracturas Machacones - Heridas golpes luxaciones Amputaciones Dolores musculares Espasmos - Hernias Intoxicacion - Alergias Dolores de cabeza.	Verificacion del sitio de trabajo pausas activas antes de Iniciar la labor Cambio Periodico de posicion Uso de Elementos de Proteccion Personal	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Inspector SST

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad

•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
Walter Chimbi	808005 74	Oficial	
Jeisen Muñoz	1007105527	Auxiliar	

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
8/1/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspectora SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
31/12/2022	12/1/2023	Consorcio Ingeniería XI	Cubierta JAL Alcaldía Puente Aranda	2

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
mpieza de Cubierta	limpian - Preparar mezcla - Aplican Mezcla y el contrapiso

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Valdes	6. Boquilleras	1.	6.
2. Nivel	7. Escuadra	2.	7.
3. Palustre	8.	3.	8.
4. Metro	9.	4.	9.
5. Martillo	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ EXCAVACIONES ☐ IZAJE DE CARGA ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
speccion del sitio de trabajo	Riesgo locativo Caidas a diferente nivel o mismo nivel	Peserden - caidas - Heridas Fracturas	Verificación del sitio del trabajo - Herramientas.	Encargado del Area
pian Canalon, quitan jos - Mugre.	Riesgo mecánico manejo de herramientas	Machucones - golpes - Heridas - Atrapamientos	Realizar pausas activas antes de iniciar la Jornada laboral	Inspector SST
ipian mezcla miento - Area olican mezcla	Riesgo Biomecánico Posturas Prolongadas movimiento repetitivos	Amputación Espasmos - Hernias - dolor muscular	Uso de Elementos de Proteccion Personal	Inspector SST
	Riesgo en Alturas Caidas a diferente nivel	Muerte	Concentración al realizar la tarea.	Encargado del Área
	Riesgo Quimico manejo de sustancias quimicas	Intoxicación - Inhalación de vapores - Alergias	Uso de tapabocas - Cambio periodico de posición	Inspector SST

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SGSST-R-015
25/10/2022
Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
Jose Noel Perez	79300142	Oficial	
Jhonathan Tovar	1023028635	Ayudante	Jhonatan Tovar

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
31/12/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	OlgaRozo

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO. Inspector -SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: 26 / 10 / 2022

Validez: Desde 26-10-22 Hasta 29-10-22

☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro

Permiso de trabajo No.

Solicitante: Cargo: Empresa (contratista):

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea: Impermeabilización de Cubierta - Quitar tejas - Montar y colocar contra piso

Marque ✓ o X. Una X simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Oscar Valbuena	1022933589	Ingenieria x	Colpatria	Salud total	✓	✓	Oscar	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Jose Noel Pere	79500148	Ingenieria x	Colpatria	Salud total	✓	✓	Yos Na Pere	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: Certificado como trabajador autorizado. Conoce procedimiento en caso de emergencia? Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP. Casco, Barbuquejo, Protección visual, Protección auditiva, Protección respiratoria, Guantes de, Peto, Botas de

5- Medidas activas de Protección: Arnés cuerpo completo, Eslinga, Mosquetón, Freno, Línea de vida, Punto/dispositivo de anclaje. para los trabajos en suspensión: silla de suspensión, sistema de descenso, línea de vida vertical en cuerda, freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarios? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.)	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra Incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparos o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Esta identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ Los) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oricorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapallamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

☐ ATS

☐ Pre operacionales para: Andamio tubular - Andamio Colgante Armado Palomeras Escaleras Silla Colgante Trípode Pluma Torre Grúa Cortadora Pulidora Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jose Noel Pere	Yos Na Pere	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Edgar Herran Torres	Edgar Herran Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo	Olga Rozo	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como inspector SST. Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo.

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: 26 octubre 2022

Validez: Desde 26-10-2022 Hasta 29-10-22

☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otra

Permiso de trabajo No.:

Solicitante: Cargo: Empresa (contratista): Consorcio Ingenieria x1

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área especifica: IAT

Descripción y procedimiento de la tarea: Cambio láminas de dryvall

EX

Marque ✓ o X. Una X simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Jorge Cornica	1121908650	Ingenieria x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓		Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: ✓ Certificado como trabajador autorizado. ✓ Conoce procedimiento en caso de emergencia? ✓ Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: Casco, Barbuquejo, Protección visual, Protección auditiva, Protección respiratoria, Guantes de, Peto, Botas de

5- Medidas activas de Protección: ✓ Arnés cuerpo completo, Eslinga, ✓ Masquetón, Freno, Línea de vida, ✓ Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: silla de suspensión, sistema de descenso, línea de vida vertical en cuerda, freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
✓ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	✓ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	Área de trabajo cerrada, demarcada?	Área de trabajo aislada y demarcada?
✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.)	✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
✓ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	✓ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
✓ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	✓ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	Se ha realizado medición de gases dentro del área?	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
✓ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	✓ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
✓ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	✓ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancha mínimo 60cm antes/entrar	El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
✓ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb	✓ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (ESTE AUN NO SE APLICA)	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
✓ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	✓ Está identificada el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibida instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
✓ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas o accidente?	✓ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	✓ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	El equipo de oxicorte cuenta con las válvula de chequeo y atrapa-llamas?	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
✓ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	✓ Se cuenta con motobombas disponibles?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
✓ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			Se siguen los 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ATS

Pre operacionales para: Andamio Tubular, ✓ Andamio Colgante, Armado Palomeras, Escalinas, Silla Colgante, Trípode, Pluma, Torre Grúa, Cortadora, Pulidora, Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jorge Cornica		
Emisor del permiso	Olga Yamile Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Jorge Herman Lopez		
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Yamile Rozo	Olga Rozo	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o X en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___ El trabajo ha sido terminado ___ El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___ Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

	PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS (Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL") **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	018-SST-REG

Fecha de expedición			Validez	[X] Trabajo en ALTURAS	[ ] Entrada a ESPACIOS CONFINADOS	[ ] Trabajo en CALIENTE	Permiso de trabajo No.
27	10	2022	Desde 27-10-22 Hasta 29-10-22	[ ] Trabajo en EXCAVACIÓN	[ ] Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	[ ] Otro	

Solicitante: Neimer Andres Ramos Cargo: ______ Empresa (contratista): Unscrio Ingenieros XL

Proyecto/Obra: Alcaldia Puente Aranda

Área especifica: JAL

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpiar Canales cubierta

EX

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Neimer Andres Ramos	1093239633	Ingenieros XL	Colpatria	Salud Total	✓	✓	NEIVER	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Jorge Torres	79769207	Ingenieros XL	Colpatria	Capital Salud	✓	✓	Jorge Hum Torres	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: __ Certificado como trabajador autorizado. __ Conoce procedimiento en caso de emergencia? __ Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: __ Casco, __ Barbuquejo, __ Protección visual, __ Protección auditiva, __ Protección respiratoria, __ Guantes de ______, __ Peto, __ Botas de ______

5- Medidas activas de Protección: __ Arnés cuerpo completo, __ Eslinga, __ Mosquetón, __ Freno, __ Línea de vida, __ Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: __ silla de suspensión, __ sistema de descenso, __ línea de vida vertical en cuerda, __ freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS

- [ ] Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.
- [ ] Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).
- [ ] Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
- [ ] Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?
- [ ] Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?
- [ ] Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?
- [ ] El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas
- [ ] Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.
- [ ] En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?
- [ ] Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?
- [ ] Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
- [ ] Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
- [ ] El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

EXCAVACIÓN

- [ ] Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?
- [✓] Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
- [✓] Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
- [✓] Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?
- [✓] Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?
- [✓] Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?
- [✓] Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?
- [ ] Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (ESTE AUN NO SE APLICA)
- [✓] Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?
- [✓] Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?
- [✓] Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?
- [✓] Se cuenta con motobombas disponibles?
- [✓] Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
- [ ] Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
- [ ] El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

ESPACIOS CONFINADOS

- [ ] Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?
- [ ] Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?
- [ ] Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.
- [ ] Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
- [ ] Se ha realizado medición de gases dentro del área?
- [ ] Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?
- [ ] Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar
- [ ] Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?
- [ ] Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?
- [ ] Se encuentra disponible un extintor contra incendio?
- [ ] Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?
- [ ] Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
- [ ] Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
- [ ] El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

"CALIENTE"

- [ ] Área de trabajo cerrada, demarcada?
- [ ] Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
- [ ] Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
- [ ] Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?
- [ ] Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?
- [ ] Se cuenta con mamparas o barreras de protección?
- [ ] El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?
- [ ] Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?
- [ ] Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?
- [ ] Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?
- [ ] El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?
- [ ] Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
- [ ] Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
- [ ] El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

"ELÉCTRICO"

- [ ] Área de trabajo aislada y demarcada?
- [ ] Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
- [ ] Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
- [ ] Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
- [ ] Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
- [ ] Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
- [ ] Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
- [ ] Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
- [ ] La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
- [ ] Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
- [ ] Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
- [ ] Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
- [ ] Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
- [ ] Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
- [ ] Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

- [✓] ATS
- [ ] Pre operacionales para: Andamio tubular - Andamio Colgante Armado Palomeras Escaleras ✓ Silla Colgante Trípode Pluma Torre Grúa Cortadora Pulidora Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riegos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Neimer Ramos	NEIVER	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	Jorge Hum Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo Pinto	Olga	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

__ El trabajo ha sido terminado. __ El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. __ Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: [illegible] | Validez: Desde 5/10/2022 Hasta 8/11/22

☑ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro

Permiso de trabajo No.:

Solicitante: _____ Cargo: _____ Empresa (contratista): _____

Proyecto/Obra: _____

Área específica: Alcaldía Puente Aranda JAL

Descripción y procedimiento de la tarea: Castillo Haut Estructura Madera Lycra = Pintura

Marque ✓ o ✗ Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empleo	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Visto
1	Jonathan Tavar	1022302635	Ingeniero x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓	Jhonatan	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y descuido de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Wilder Palomino	1002190264	Ingeniero x1	Colpatria	Salud total	✓	✓	Wilder	
3	Jorge Gonzalez	1.121908620	Técnico x1	Colpatria	Salud total	✓	✓	[illegible]	
4	Ronald Gonzalez	0102239145	Ingeniero x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓	[illegible]	
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- **Competencias:** ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- **Condiciones físicas.** Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, malestar actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- **EPP.** ___Casco, ___Bota/calzado, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, ___Peto, ___Botas de _____

5- **Medidas activas de Protección:** ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.

6- **Medidas pasivas de Protección para los trabajos en suspensión:** ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar:

Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☑ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☑ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☑ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarios? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☑ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☑ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y ruta de salida (mín. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☑ Se encuentra disponible el equipo contra incendios. Extintor. Esta operativo?	☑ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (3m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☑ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	☑ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☑ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☑ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, cubos y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurado rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar	☑ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☑ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☑ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☑ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☑ Se atestó adecuadamente el equipo de soldadura?	☑ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☑ Se atestó el equipo que genera electricidad estática?	☑ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☑ El equipo de descarte cuenta con las válvulas de cheques y atrapa-llamas?	☑ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☑ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☑ Se siguen las 8 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros

Documentos adjuntos que soportan el presente Permiso (marque con ✓ la(s) casilla(s) correspondiente)

☐ ATS

☐ Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Armada Petrolera, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otra

Firmas de revisión y aprobación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de las controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Wilder Palomino	[signature]	
Emisor del permiso	Olga Rozo Pinto	[signature]	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	[signature]	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo Pinto	[signature]	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE PROCEDIMIENTO SE CONSIDERA NO REALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CONOS, BLOQUEOS ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición	Validez					Permiso de trabajo No.
30 / 10 / 2022	Desde 31/10/22 Hasta 05/11/22	☐ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☒ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro		

Solicitante: _____ Cargo: _____ Empresa (contratista): _____

Proyecto/Obra:

Área específica:

Descripción y procedimiento de la tarea:

EX

Marque ✓ o ✗ Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	JOSE NOE PEREZ	79500142	Ingenieros xi	Colpatria	Salud total	✓	✓		Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Oscar Valbuena	1022933529	Ingenieros xi	Colpatria	Salud total	✓	✓		
3	Jonathan Tovar	1020825635	Ingenieros xi	Colpatria	Sanitas	✓	✓		
4	Omer Salas	19897339	Ingenieros xi	Colpatria	Sura	✓	✓		
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- **Competencias:** __Certificado como trabajador autorizado. __Conoce procedimiento en caso de emergencia?. __Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- **Condiciones físicas.** Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- **EPP.** __Casco, __Barbuquejo, __Protección visual, __Protección auditiva, __Protección respiratoria, __Guantes de _____ Peto, __Botas de _____

5- **Medidas activas de Protección:** __Arnés cuerpo completo, __Eslinga, __Mosquetón, ___Freno, __Línea de vida, __Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: __silla de suspensión, __sistema de descenso, __línea de vida vertical en cuerda, __freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
☐ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m de borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada, personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm entre/entrar.	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a los tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se otorgó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas o accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se otorgó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

☐ ATS

Pre operacionales para: __Andamio Tubular - __Andamio Colgante __Armado Palomeros __Escaleras __Silla Colgante __Trípode __Pluma __Torre Grúa __Cortadora __Pulidora __Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jose Noe Perez	Jose Noe Perez	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	Jorge Mauricio Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo	Olga Rozo	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla)
como Inspector SST: Personalmente declaro que:

__El trabajo ha sido terminado. __El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. __Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL)

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición DD	MM	AAAA	Validez: Desde 08-11-22 Hasta 12-11-22	☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro	Permiso de trabajo No.

Solicitante: JOSE NOE PEREZ Cargo: _____ Empresa (contratista): CONSORCIO INGENIERIA XL

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpieza de Canales-Cumbreras Impermeabilización

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	JOSE NOE PEREZ	79800742	Ingeniero XL	Colpatria	Salud Total	✓	✓	JOSE NOE PEREZ	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Jhonathan Tovar	1023028633	Ingeniero XL	Colpatria	Famisanar	✓	✓	Jhonatan	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia? ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: ___Casco, ___Barbuquejo, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, Peto, ___Botas de _____

5- Medidas activas de Protección: ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistema de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
✓ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizadas y demarcadas?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
✓ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (mín. 2 escaleras). Pozos > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios. Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenos condiciones de aislamiento eléctrico?
✓ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
✓ Se han definido y formado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
✓ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm ante/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamables?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
✓ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUNQUE SE APAGA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
✓ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y Tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se atestó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
✓ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas y accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se atestó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se ha verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
✓ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
✓ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Actividades anteriores que requieren el diligenciamiento: Marque con ✓ o N/A según corresponda

☐ ATS
Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Armado Puntales, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	JOSE NOE PEREZ		
Emisor del permiso	Olga Yamile Bello	Olga Bello	
Residente o maestro de obra	Jhonathan Tovar	Jhonathan Tovar	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Bello	Olga Bello	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

018-SST-REG

Fecha de expedición DD	MM	AAAA	Desde	Hasta	Validez	Trabajo en ALTURAS	Trabajo en EXCAVACIÓN	Entrada a ESPACIOS CONFINADOS	Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	Trabajo en CALIENTE	Otro	Permiso de trabajo No.
08	11	22	08-11-22	12-11-22	12-11-22	☒	☐	☐	☐	☐	☐	

Solicitante: Oscar Valvuena — Cargo: Oficial — Empresa (contratista):

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta Alcaldía

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpieza de cubierta - Piso - Impermeabilización

EX

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Se entrega de salud es optimo para realizar la actividad	Capacitado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Oscar Valvuena	1022933329	Construyamos	Colpatria	Sanitas	✓	✓	Oscar	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Omer Salas	19893329	Impermax	Colpatria	Sura	✓	✓	Omer Salas	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

3- Competencias: ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: ___Casco, ___Barbuquejo, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, ___Peto, ___Botas de _____

5- Medidas activas de Protección: ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar:	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda), Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (mín. 2 escaleras). Pozos > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buena condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (3m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, cintas y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm entre/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamables?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de exposición?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (SITE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acceso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se atendió adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas y accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se atendió el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecha la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Observaciones: Cuando una casilla no aplique (N/A), debe explicarse

___ N/A

___ Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Arnés Paracaídas, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otro

Firma de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Oscar Valvuena	Oscar	
Emisor del permiso	Jorge Ivan Gonzalez	Jorge Ivan	
Residente o maestro de obra	Erika Marquez	Erika Marquez	
Coordinador de trabajo en alturas	Jorge Ivan Gonzalez	Jorge Ivan	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ___ o ___ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 1 de 2

VIGENCIA ANALISIS DE TRABAJO SEGURO		EMPRESA QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD	AREA DE TRABAJO	N°
INICIO	FINAL			
18/11/2022	12/11/2022	Consorcio Ingeniería XI	Zona Comunal	2

ACTIVIDAD A REALIZAR	DESCIPCION DEL TRABAJO
Limpieza de Cubierta y Pintura de Muros	Limpian - Preparar mezcla - Pintan

HERRAMIENTA A USAR EN LA ACTIVIDAD		EQUIPO Y/O MAQUINARIA A USAR EN LA ACTIVIDAD	
1. Rodillo	6.	1.	6.
2. Coneca	7.	2.	7.
3. Brocha	8.	3.	8.
4.	9.	4.	9.
5.	10.	5.	10.

CERTIFICADO ATS ASOCIADO A:

ALTURAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ EXCAVACIONES ☐ IZAJE DE CARGA ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐

PASO A PASO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o situaciones)	RIESGOS (Consecuencias)	CONTROLES REQUERIDOS	RESPONSABLE (Cargo)
Inspección del Area de Trabajo Se aplica acrecal, luego cemento sarnido y acrecal. Se deja Secar Luego se Pinta Se termina actividad deja el Sitio de Trabajo limpio.	Riesgo locativo Caidas al mismo y diferente nivel Riesgo Quimico Exposición a Sustancias Quimicas Riesgo Biomecánico Movimiento repetitivos Dolores musculares Riesgo mecánico manejo de herramienta Riesgo locativo	Caidas - golpes - Heridas Fracturas Inhalación de vapores - Intoxicación - Alergias dolor de cabeza Dolores Musculares - Espasmos - Hernias Machucon - Atrapamiento luxacion - Fractura Amputacion	Verificación del sitio de trabajo Realizar pausas activas antes de iniciar la Jornada laboral. Uso de los Elementos de Proteccion Personal Uso de Tapabocas o mascarilla Cambio Periodico de posicion Deposito limpio y ordenado	Encargado del Area Inspector SST Inspector SST Inspector SST Encargado del Área

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	SGSST-R-015 25/10/2022 Version: 03 Pag. 2 de 2

•El ATS se debe leer y entender por los trabajadores que ejecutan la actividad
•Si la cantidad de trabajadores que ejecutan la labor superan los cinco (5) personas anexar listado en formato F-GH-013

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

No.	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
1.	Jose Herrera	19259774	Oficial	
2.	Julio Cesar conde	19258010	Oficial	
3.				
4.				
5.				

APROBACION DEL SST CONSORCIO INGENIERIA XI

FECHA	NOMBRE	CEDULA No.	CARGO	FIRMA
18/11/2022	Olga Yamile Rozo Pinto	1016006093	Inspector SST	

ELABORO:	REVISO:	APROBO
OLGA YAMILE ROZO Inspector SST	OLGA YAMILE ROZO Coordinador SG-SST	

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: 26 / 10 / 2022

Validez: Desde 26-10-22 Hasta 29-10-22

☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro

Permiso de trabajo No.

Solicitante: Cargo: Empresa (contratista):

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea: Impermeabilización de Cubierta - Quitar tejas - Montar y colocar contra piso

Marque ✓ o X. Una X simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Oscar Valbuena	1022933589	Ingenieria x	Colpatria	Salud total	✓	✓	Oscar	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Jose Noel Pere	79500148	Ingenieria x	Colpatria	Salud total	✓	✓	Yos Na Pere	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: Certificado como trabajador autorizado. Conoce procedimiento en caso de emergencia? Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP. Casco, Barbuquejo, Protección visual, Protección auditiva, Protección respiratoria, Guantes de, Peto, Botas de

5- Medidas activas de Protección: Arnés cuerpo completo, Eslinga, Mosquetón, Freno, Línea de vida, Punto/dispositivo de anclaje. para los trabajos en suspensión: silla de suspensión, sistema de descenso, línea de vida vertical en cuerda, freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarios? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.)	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra Incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparos o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Esta identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ Los) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oricorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapallamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

☐ ATS

☐ Pre operacionales para: Andamio tubular - Andamio Colgante Armado Palomeras Escaleras Silla Colgante Trípode Pluma Torre Grúa Cortadora Pulidora Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jose Noel Pere	Yos Na Pere	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Edgar Herran Torres	Edgar Herran Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo	Olga Rozo	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como inspector SST. Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo.

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: 26 octubre 2022

Validez: Desde 26-10-2022 Hasta 29-10-22

☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otra

Permiso de trabajo No.:

Solicitante: Cargo: Empresa (contratista): Consorcio Ingenieria x1

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área especifica: IAT

Descripción y procedimiento de la tarea: Cambio láminas de dryvall

EX

Marque ✓ o X. Una X simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Jorge Cornica	1121908650	Ingenieria x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓		Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: ✓ Certificado como trabajador autorizado. ✓ Conoce procedimiento en caso de emergencia? ✓ Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: Casco, Barbuquejo, Protección visual, Protección auditiva, Protección respiratoria, Guantes de, Peto, Botas de

5- Medidas activas de Protección: ✓ Arnés cuerpo completo, Eslinga, ✓ Masquetón, Freno, Línea de vida, ✓ Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: silla de suspensión, sistema de descenso, línea de vida vertical en cuerda, freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
✓ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	✓ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	Área de trabajo cerrada, demarcada?	Área de trabajo aislada y demarcada?
✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.)	✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
✓ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	✓ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
✓ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	✓ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	Se ha realizado medición de gases dentro del área?	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
✓ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	✓ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
✓ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	✓ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancha mínimo 60cm antes/entrar	El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
✓ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb	✓ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (ESTE AUN NO SE APLICA)	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
✓ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	✓ Está identificada el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibida instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
✓ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas o accidente?	✓ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	✓ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	El equipo de oxicorte cuenta con las válvula de chequeo y atrapa-llamas?	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
✓ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	✓ Se cuenta con motobombas disponibles?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
✓ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			Se siguen los 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ATS

Pre operacionales para: Andamio Tubular, ✓ Andamio Colgante, Armado Palomeras, Escalinas, Silla Colgante, Trípode, Pluma, Torre Grúa, Cortadora, Pulidora, Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jorge Cornica		
Emisor del permiso	Olga Yamile Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Jorge Herman Lopez		
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Yamile Rozo	Olga Rozo	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o X en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___ El trabajo ha sido terminado ___ El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___ Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

018-SST-REG

Fecha de expedición			Validez		☒ Trabajo en ALTURAS	☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS	☐ Trabajo en CALIENTE	Permiso de trabajo No.
27	10	2022	Desde 27-10-22	Hasta 29-10-22	☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Otro	

Solicitante: Neimer Andres Ramos Cargo: ______ Empresa (contratista): Consorcio ingenieros XL

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: 3AL

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpiar Canales cubierta

EX

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza **NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR**

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es optimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Neimer Andres Ramos	1093239633	Ingenieros XL	Colpatria	Salud Total	✓	✓	NEIVER	
2	Jorge Torres	79769207	Ingenieros XL	Colpatria	Capital Salud	✓	✓	Jorge Humberto	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: __ Certificado como trabajador autorizado. __ Conoce procedimiento en caso de emergencia? __ Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: __ Casco, __ Barbuquejo, __ Protección visual, __ Protección auditiva, __ Protección respiratoria, __ Guantes de ______, __ Peto, __ Botas de ______

5- Medidas activas de Protección: __ Arnés cuerpo completo, __ Eslinga, __ Mosquetón, __ Freno, __ Línea de vida, __ Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: __ silla de suspensión, __ sistema de descenso, __ línea de vida vertical en cuerda, __ freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS

☐	Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.
☐	Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).
☐	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☐	Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?
☐	Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?
☐	Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?
☐	El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.
☐	Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.
☐	En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?
☐	Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?
☐	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros

EXCAVACIÓN

☐	Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?
☑	Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑	Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?
☑	Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?
☑	Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?
☑	Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?
☐	Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (ESTE AUN NO SE APLICA)
☑	Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?
☑	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?
☑	Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?
☑	Se cuenta con motobombas disponibles?
☑	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?

ESPACIOS CONFINADOS

☐	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?
☐	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?
☐	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.
☐	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☐	Se ha realizado medición de gases dentro del área?
☐	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?
☐	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar
☐	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?
☐	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?
☐	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?
☐	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?
☐	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?
☐	

"CALIENTE"

☐	Área de trabajo cerrada, demarcada?
☐	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☐	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☐	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?
☐	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?
☐	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?
☐	El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?
☐	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?
☐	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?
☐	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?
☐	El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?
☐	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?
☐	

"ELECTRICO"

☐	Área de trabajo aislada y demarcada?
☐	Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☐	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☐	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☐	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☐	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☐	Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☐	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☐	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☐	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☐	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☐	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
☐	Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ✓ o N/A, según corresponda)

☑ ATS

☐ Pre operacionales para: Andamio tubular - Andamio Colgante Armado Palomeras Escaleras ✓ Silla Colgante Trípode Pluma Torre Grúa Cortadora Pulidora Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riegos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

__ El trabajo ha sido terminado. __ El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. __ Área en perfecto Orden y Aseo

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Neimer Ramos	NEIVER	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	Jorge Hum Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo Pinto	Olga	

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición: [illegible] | Validez: Desde 5/10/2022 Hasta 8/11/22

☑ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN ☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro

Permiso de trabajo No.:

Solicitante: _____ Cargo: _____ Empresa (contratista): _____

Proyecto/Obra: _____

Área específica: Alcaldía Puente Aranda JAL

Descripción y procedimiento de la tarea: Castillo Haut Estructura Madera Lycra = Pintura

Marque ✓ o ✗ Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empleo	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Visto
1	Jonathan Tavar	1022302635	Ingeniero x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓	Jhonatan	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y descuido de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Wilder Palomino	1002190264	Ingeniero x1	Colpatria	Salud total	✓	✓	Wilder	
3	Jorge Gonzalez	1.121908620	Técnico x1	Colpatria	Salud total	✓	✓	[illegible]	
4	Ronald Gonzalez	0102239145	Ingeniero x1	Colpatria	Famisanar	✓	✓	[illegible]	
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- **Competencias:** ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- **Condiciones físicas.** Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, malestar actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- **EPP.** ___Casco, ___Bota/calzado, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, ___Peto, ___Botas de _____

5- **Medidas activas de Protección:** ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.

6- **Medidas pasivas de Protección para los trabajos en suspensión:** ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar:

Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☑ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☑ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☑ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarios? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☑ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☑ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarios? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y ruta de salida (mín. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☑ Se encuentra disponible el equipo contra incendios. Extintor. Esta operativo?	☑ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (3m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☑ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	☑ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☑ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☑ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, cubos y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurado rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar	☑ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☑ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☑ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☑ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☑ Se atestó adecuadamente el equipo de soldadura?	☑ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☑ Se atestó el equipo que genera electricidad estática?	☑ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☑ El equipo de descarte cuenta con las válvulas de cheques y atrapa-llamas?	☑ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☑ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☑ Se siguen las 8 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros

Documentos adjuntos que soportan el presente Permiso (marque con ✓ la(s) casilla(s) correspondiente)

☐ ATS

☐ Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Armada Petrolera, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otra

Firmas de revisión y aprobación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de las controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Wilder Palomino	[signature]	
Emisor del permiso	Olga Rozo Pinto	[signature]	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	[signature]	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo Pinto	[signature]	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE PROCEDIMIENTO SE CONSIDERA NO REALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CONOS, BLOQUEOS ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición	Validez					Permiso de trabajo No.
30 / 10 / 2022	Desde 31/10/22 Hasta 05/11/22	☐ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☒ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro		

Solicitante: _____ Cargo: _____ Empresa (contratista): _____

Proyecto/Obra:

Área específica:

Descripción y procedimiento de la tarea:

EX

Marque ✓ o ✗ Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	JOSE NOE PEREZ	79500142	Ingenieros xi	Colpatria	Salud total	✓	✓		Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Oscar Valbuena	1022933529	Ingenieros xi	Colpatria	Salud total	✓	✓		
3	Jonathan Tovar	1020825635	Ingenieros xi	Colpatria	Sanitas	✓	✓		
4	Omer Salas	19897339	Ingenieros xi	Colpatria	Sura	✓	✓		
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- **Competencias:** __Certificado como trabajador autorizado. __Conoce procedimiento en caso de emergencia?. __Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- **Condiciones físicas.** Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- **EPP.** __Casco, __Barbuquejo, __Protección visual, __Protección auditiva, __Protección respiratoria, __Guantes de _____ Peto, __Botas de _____

5- **Medidas activas de Protección:** __Arnés cuerpo completo, __Eslinga, __Mosquetón, ___Freno, __Línea de vida, __Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: __silla de suspensión, __sistema de descenso, __línea de vida vertical en cuerda, __freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
☐ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m de borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada, personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm entre/entrar.	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a los tuberías y cables?(ESTE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se otorgó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas o accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se otorgó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad: 9 metros	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiados para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

☐ ATS

Pre operacionales para: __Andamio Tubular - __Andamio Colgante __Armado Palomeros __Escaleras __Silla Colgante __Trípode __Pluma __Torre Grúa __Cortadora __Pulidora __Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Jose Noe Perez	Jose Noe Perez	
Emisor del permiso	Olga Rozo	Olga Rozo	
Residente o maestro de obra	Jorge Torres	Jorge Mauricio Torres	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Rozo	Olga Rozo	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla)
como Inspector SST: Personalmente declaro que:

__El trabajo ha sido terminado. __El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. __Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL)

018-SST-REG

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de expedición DD	MM	AAAA	Validez: Desde 08-11-22 Hasta 12-11-22	☒ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro	Permiso de trabajo No.

Solicitante: JOSE NOE PEREZ Cargo: _____ Empresa (contratista): CONSORCIO INGENIERIA XL

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpieza de Canales-Cumbreras Impermeabilización

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

EX

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Su estado de salud es óptimo para realizar la actividad	Certificado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	JOSE NOE PEREZ	79800742	Ingeniero XL	Colpatria	Salud Total	✓	✓	JOSE NOE PEREZ	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Jhonathan Tovar	1023028633	Ingeniero XL	Colpatria	Famisanar	✓	✓	Jhonatan	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

2- Competencias: ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia? ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: ___Casco, ___Barbuquejo, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, Peto, ___Botas de _____

5- Medidas activas de Protección: ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistema de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ✓ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	"CALIENTE"	"ELÉCTRICO"
✓ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizadas y demarcadas?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
✓ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
✓ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (mín. 2 escaleras). Pozos > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios. Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenos condiciones de aislamiento eléctrico?
✓ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
✓ Se han definido y formado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
✓ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm ante/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamables?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
✓ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?(ESTE AUNQUE SE APAGA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
✓ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y Tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se atestó adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
✓ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas y accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se atestó el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se ha verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
✓ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
✓ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Actividades anteriores que requieren el diligenciamiento: Marque con ✓ o N/A según corresponda

☐ ATS
Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Armado Puntales, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otro

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	JOSE NOE PEREZ		
Emisor del permiso	Olga Yamile Bello	Olga Bello	
Residente o maestro de obra	Jhonathan Tovar	Jhonathan Tovar	
Coordinador de trabajo en alturas	Olga Bello	Olga Bello	

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o ✗ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

Observación:

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS

(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, "Caliente, Eléctrico-OPCIONAL")

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

018-SST-REG

Fecha de expedición DD	MM	AAAA	Desde	Hasta	Validez	Trabajo en ALTURAS	Trabajo en EXCAVACIÓN	Entrada a ESPACIOS CONFINADOS	Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	Trabajo en CALIENTE	Otro	Permiso de trabajo No.
08	11	22	08-11-22	12-11-22	12-11-22	☒	☐	☐	☐	☐	☐	

Solicitante: Oscar Valvuena — Cargo: Oficial — Empresa (contratista):

Proyecto/Obra: Alcaldía Puente Aranda

Área específica: Cubierta Alcaldía

Descripción y procedimiento de la tarea: Limpieza de cubierta - Piso - Impermeabilización

EX

Marque ✓ o ✗. Una ✗ simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	Empresa	ARL	EPS	Se entrega de salud es optimo para realizar la actividad	Capacitado para trabajo en alturas	Firma del trabajador que ejecuta la actividad	Nota
1	Oscar Valvuena	1022933329	Construyamos	Colpatria	Sanitas	✓	✓	Oscar	Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvias fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación y desacato de normas de seguridad. Esta valoración de estado de salud se ha realizado con base en la declaración individual del trabajador al momento de diligenciar el permiso de trabajo
2	Omer Salas	19893329	Impermax	Colpatria	Sura	✓	✓	Omer Salas	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

3- Competencias: ___Certificado como trabajador autorizado. ___Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ___Conoce/participó en la elaboración del ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor. libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP: ___Casco, ___Barbuquejo, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, ___Peto, ___Botas de _____

5- Medidas activas de Protección: ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.
para los trabajos en suspensión: ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar:	Herramientas y/o equipos a utilizar:

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	☐ Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	☐ Área de trabajo cerrada, demarcada?	☐ Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas pre operacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc).	☐ Se cuenta con listas pre operacionales diarios (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	☐ Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se cuenta con listas de verificación pre operacionales diarias? (según corresponda), Escaleras, equipos, etc.	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	☐ Ingreso seguro y rutas de salida (mín. 2 escaleras). Pozos > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	☐ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	☐ Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	☐ Los equipos eléctricos y herramientas tienen buena condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (3m) respecto a partes energizadas?	☐ Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	☐ Se ha realizado medición de gases dentro del área?	☐ Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenos condiciones de funcionamiento?	☐ Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	☐ Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	☐ Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	☐ Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	☐ Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas	☐ Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, cintas y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	☐ Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm entre/entrar	☐ El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamables?	☐ Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de exposición?
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	☐ Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables? (SITE AUN NO SE APLICA)	☐ Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	☐ Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	☐ Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acceso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	☐ Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se atendió adecuadamente el equipo de soldadura?	☐ La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas y accidente?	☐ Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	☐ Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	☐ Se atendió el equipo que genera electricidad estática?	☐ Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	☐ Se ha hecha la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	☐ El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	☐ Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Se cuenta con motobombas disponibles?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
Altura aproximada a la que se realiza la actividad	☐ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	☐ Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	☐ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			☐ Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Observaciones: Cuando una casilla no aplique (N/A), debe explicarse

___ N/A

___ Pre operacionales para: ___Andamio tubular, ___Andamio Colgante, ___Arnés Paracaídas, ___Escaleras, ___Silla Colgante, ___Trípode, ___Pluma, ___Torre Grúa, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otro

Firma de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

ROLES	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
Solicitante del permiso	Oscar Valvuena	Oscar	
Emisor del permiso	Jorge Ivan Gonzalez	Jorge Ivan	
Residente o maestro de obra	Erika Marquez	Erika Marquez	
Coordinador de trabajo en alturas	Jorge Ivan Gonzalez	Jorge Ivan	

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ___ o ___ en cada casilla) como Inspector SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA INSPECTOR SST

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

Nombre y cargo de quien cancela el Permiso	Firma	Fecha	Hora	Observación: